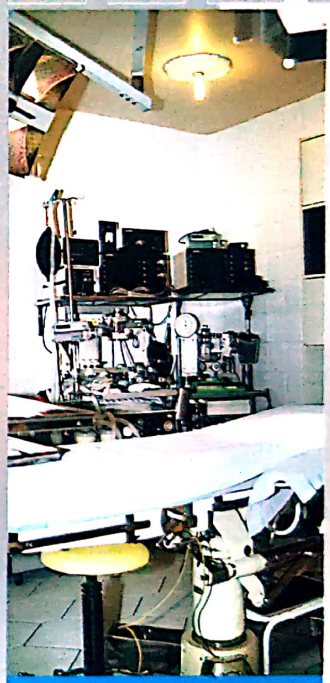
MEDICA

revista colegiului medicilor din România

anul 1 (2005) • nr. 1

informaţii
analize
dezbateri

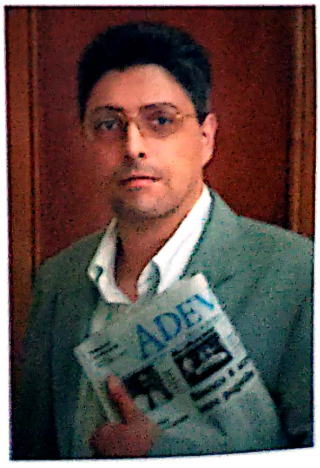


Scanned with OKEN Scanner

90 60 90

Un ziar model.

Cea mai bună pagină de sănătate dintr-un ziar de informaţie generală



Scanned with OKEN Scanner

SUMAR

Eveniment 4-5

Profil
Lector univ. Constantin Cârstea,
Prof. univ. Dan Sabău
6-7

Etică
Global Medrom – opinia unui expert
Prof. univ. Vasile Astărăstoae
8-9

Pacientul român
Luminița Vâlcea:
Dreptul la sănătate
11

Dezbaterile
Directa medical
Rolul și locul Colegiului Medicilor
în societatea civilă
12-16

Politica și sănătatea
Interviu
Ionuț Popescu, Ministrul Finanțelor
Publice în Cabinetul Tăriceanu
17

Legislație
Conf. univ. dr. Cristian Curcă:
Autopsia medico-legală
18

Parteneriate
Dr. Irina Berechet:
Responsabilitate și etică în industria
farmaceutică
19-20

Fundația Concept
și Transparency International –
România:
Corupția din sănătate

Organizații neguvernamentale:
UNOPA
21-22

Bloc notes 23-25

IMAGINEA CORECTĂ A MEDICULUI

Să nu vă surprindă, dar voi începe prin a vă spune o poveste.

Cândva, în Evul mediu, într-o țară pe care nu vreau s-o numesc, piața centrală a burgului era plină de "doftori". Veneau aici pentru că aici găseau persoane care aveau nevoie de remediile lor. Numai că, nu după mult timp, aceștia se înmulțiseră într-atât, încât numărul tămăduitorilor devenise mai mare decât numărul celor care aveau nevoie de tămăduire. Atunci, câțiva aristocrați ai burgului, însoțiți de alți câțiva medici venerabili, s-au plâns regelui: "Sunt prea mulți, Majestate, trebuie să facem ceva. Aștia nu mai sunt doctori, sunt șarlatani." Și Majestatea sa a hotărât astfel: "Luna viitoare, toți cei care își spun doctori vor veni aici, la palat, să discutăm. Își vor aduce cu ei diplomele și ele vor fi analizate rând pe rând. Apoi, cei mai bătrâni dintre voi, vor scrie pe această tablă numele celor care sunt îndreptățiți să-și spună medici. Cei care vor greși în vreun fel vor fi șterși de pe tablă.

De ce v-am spus această poveste? Pentru că așa s-a născut primul Colegiu al Medicilor. Și acesta a fost rolul său primordial, menținut ca atare vreme de sute de ani.

Nu numai de șarlatani trebuie să ne ferim noi astăzi. Problemele noastre sunt multe. Criticile la adresa sistemului sanitar sunt la fel de numeroase ca și nemulțumirile exprimate la adresa politicienilor sau fotbaliștilor. "Crizele" sănătății nu mai conțenesc și soluțiile oficiale nu se întrevăd încă.

Toate acestea se răsfrâng asupra medicului și se poate constata astăzi că imaginea profesiei noastre, fără vină sau poate cu vina noastră, a căpătat și nuanțe cenușii.

Spuneam că primul Colegiu al Medicilor veghea la respectarea regulilor profesiei. Sau, potrivit limbajului mileniului trei, la respectarea eticii medicale. Noi avem și alte obligații, noi ne dorim mai mult decât atât.

Vrem, în primul rând, să prezentăm societății românești o imagine corectă a medicului. Vrem să păstrăm onoarea și demnitatea acestei profesii. Pentru a reuși, ajutorul fiecăruia dintre dumneavoastră este important.

Cu prietenie,
Prof. dr. Liviu Cocora,
Președintele Colegiului Medicilor din România

Scanned with OKEN Scanner

SUMAR

Eveniment 4-5

Profil
Lector univ. Constantin Cârstea,
Prof. univ. Dan Sabău
6-7

Etică
Global Medrom – opinia unui expert
Prof. univ. Vasile Astărăstoae
8-9

Pacientul român
Luminița Vâlcea:
Dreptul la sănătate
11

Dezbaterile Directa medical
Rolul și locul Colegiului Medicilor în societatea civilă
12-16

Politica și sănătatea
Interviu
Ionuț Popescu, Ministrul Finanțelor Publice în Cabinetul Tăriceanu
17

Legislație
Conf. univ. dr. Cristian Curcă:
Autopsia medico-legală
18

Parteneriate
Dr. Irina Berechet:
Responsabilitate și etică în industria farmaceutică
19-20

Fundația Concept și Transparency International – România:
Corupția din sănătate

Organizații neguvernamentale:
UNOPA
21-22

Bloc notes 23-25

IMAGINEA CORECTĂ A MEDICULUI

Să nu vă surprindă, dar voi începe prin a vă spune o poveste.

Cândva, în Evul mediu, într-o țară pe care nu vreau s-o numesc, piața centrală a burgului era plină de "doftori". Veneau aici pentru că aici găseau persoane care aveau nevoie de remediile lor. Numai că, nu după mult timp, aceștia se înmulțiseră într-atât, încât numărul tămăduitorilor devenise mai mare decât numărul celor care aveau nevoie de tămăduire. Atunci, câțiva aristocrați ai burgului, însoțiți de alți câțiva medici venerabili, s-au plâns regelui: "Sunt prea mulți, Majestate, trebuie să facem ceva. Ăștia nu mai sunt doctori, sunt șarlatani." Și Majestatea sa a hotărât astfel: "Luna viitoare, toți cei care își spun doctori vor veni aici, la palat, să discutăm. Își vor aduce cu ei diplomele și ele vor fi analizate rând pe rând. Apoi, cei mai bătrâni dintre voi, vor scrie pe această tablă numele celor care sunt îndreptățiți să-și spună medici. Cei care vor greși în vreun fel vor fi șterși de pe tablă.

De ce v-am spus această poveste? Pentru că așa s-a născut primul Colegiu al Medicilor. Și acesta a fost rolul său primordial, menținut ca atare vreme de sute de ani.

Nu numai de șarlatani trebuie să ne ferim noi astăzi. Problemele noastre sunt multe. Criticile la adresa sistemului sanitar sunt la fel de numeroase ca și nemulțumirile exprimate la adresa politicienilor sau fotbaliștilor. "Crizele" sănătății nu mai contenesc și soluțiile oficiale nu se întrevăd încă.

Toate acestea se răsfrâng asupra medicului și se poate constata astăzi că imaginea profesiei noastre, fără vină sau poate cu vina noastră, a căpătat și nuanțe cenușii.

Spuneam că primul Colegiu al Medicilor veghea la respectarea regulilor profesiei. Sau, potrivit limbajului mileniului trei, la respectarea eticii medicale. Noi avem și alte obligații, noi ne dorim mai mult decât atât.

Vrem, în primul rând, să prezentăm societății românești o imagine corectă a medicului. Vrem să păstrăm onoarea și demnitatea acestei profesii. Pentru a reuși, ajutorul fiecăruia dintre dumneavoastră este important.

Cu prietenie,
Prof. dr. Liviu Cocora,
Președintele Colegiului Medicilor din România

Scanned with OKEN Scanner

Primul spital privat care oferă servicii integrate

Euroclinic, primul spital privat din București, a fost inaugurat la 6 iunie. Noul spital va oferi asistență medicală pacienților care beneficiază de asigurări private de sănătate, celor care vin din corporații bancare sau de afaceri, din comunitatea diplomatică, din rețeaua policlinicilor Medisystem.

Euroclinic asigură servicii medicale pentru următoarele

specialități: medicină internă, reumatologie, chirurgie plastică, pediatrie și neonatologie, oncologie, chirurgie pediatrică, cardiologie, neurologie și psihologie, ortopedie, gastroenterologie, medicina muncii, ginecologie, dermatologie, ORL, fertilitate/fertilizare in vitro, diabet și boli nutriționale, oftalmologie, urologie, endocrinologie, chirurgie generală, terapia durerii, nefrologie, chirurgie cardiacă, sleep apneea, pneumologie, chirurgie toracică, medicină complementară și alternativă.

O cameră standard costă 100 de euro/zi, o cameră VIP – 175 euro/zi, la care se adaugă costurile intervențiilor chirurgicale sau ale serviciilor medicale oferite pacienților. Secția de internări acoperă peste 10 000 de cazuri pe an.

Secția de ambulatoriu asigură diagnosticarea și tratamentul pentru toate specialitățile medicale în serviciul de programări și poate găzdui peste 40 000 de vizite pe an pentru toate specialitățile.

Investiția totală a fost estimată la 10 milioane de euro.

CNAS – o nouă structură de organizare

Reorganizarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a pornit de la necesitatea eficientizării activității instituției. Numărul angajaților rămâne același, dar noua structură de organizare este mult simplificată. S-au desființat numeroase direcții, s-au comasat altele, au apărut structuri noi, fără de care sistemul înregistra o funcționare greoaie, fără prea mare transparență. Astfel, au fost înființate **Direcția generală de management, Direcția generală de evaluare, Direcția de planificare și relații cu furnizorii, Direcția de monitorizare și Corp Control, Centrul de planificare și dezvoltare.**

Câteva informații despre acestea: **Direcția de management** se ocupă de gestionare, astfel încât circuitul fondurilor din sistem va putea fi cunoscut zilnic. **Direcția de monitorizare și Corp Control** va prelua activitatea fostei Direcții de audit și va avea puteri mai mari, la nivel național. **Direcția generală de evaluare** vizează modul în care sunt furnizate serviciile la nivel național și poate propune soluții pentru îmbunătățirea acestora.

Scandalul datoriilor pentru medicamente, închis

Un punct principal al protocolului privind plata datoriilor la medicamente, semnat de Ministerul Sănătății, Casa Națională a Asigurări de Sănătate, Ministerul Finanțelor Publice și reprezentanții producătorilor și distribuitorilor de medicamente și ai farmaciștilor prevede ca în luna iulie să fie achitate 20% din datorii, urmând ca restul de 80% să fie achitat în ianuarie 2006. Plata din iulie se face în urma unui împrumut al statului, iar dobânda de 6,5 % este suportată de producători, distribuitori și farmaciști.

Începând tot cu luna iulie, plafonul lunar pentru toate farmaciile din țară este de 1 200 de miliarde de lei.

"În ianuarie – februarie 2005, când știm bine cum s-au prescris și eliberat medicamentele gratuite și compensate, s-a ajuns lunar la 1 400 – 1 500 miliarde de lei. Considerăm că plafonul de 1 200 miliarde de lei, impus începând cu iulie este unul rezonabil", au declarat producătorii internaționali de medicamente. În urma semnării protocolului, atât producătorii și distribuitorii de medicamente cât și farmaciștii sunt optimiști dar, în același timp, rezervați: „Sperăm ca documentul să nu fi fost semnat de ochii lumii. Protocolul arată bine dar să nu avem surprize la implementare. Una este la nivel central și alta ajunge în teritoriu". Pe de altă parte, „prin semnarea protocolului la Palatul Victoria, farmaciștii nu vor mai fi priviți de către pacienți ca niște oameni răuvoitori, care nu vor să le dea medicamentele. Vor avea în spate Guvernul care va răspunde de situația ce va urma", au afirmat reprezentanții Colegiului Farmaciștilor din România.

Furnizorii de produse medicale precizează că nu vor accepta plata datoriilor pe care spitalele le au la ei în varianta semnată de producătorii și distribuitorii de medicamente și farmaciști. Dl Ion Ciceală, directorul executiv al **Asociației Furnizorilor de Produse Medicale** a declarat: „Nici un reprezentant al Ministerului Sănătății sau al Guvernului nu a mai luat legătura cu noi, dar oricum nu am fi semnat un asemenea protocol". Domnia-sa a mai adăugat că furnizarea produselor medicale va fi reluată în momentul în care un spital și-a achitat datoria, în limita banilor disponibili. Datoriile catre furnizorii de produse medicale sunt de 600 de miliarde de lei.

Scanned with OKEN Scanner

Investiții de 80 000 de dolari pentru modernizarea Institutului de Ocrotire a Mamei și Copilului

Compania Quadrant Amroq Beverages (QAB) a finalizat prima etapă de modernizare a Institutului de Ocrotire a Mamei și Copilului "Alfred Rusescu". QAB a susținut lucrările de amenajare și modernizare a Institutului în memoria doctorului Sheldon Schiller, medic oftalmolog american și fost acționar al companiei.

Dr. Sheldon Schiller, a cărui familie este de origine română, a manifestat o afecțiune specială pentru țara noastră și s-a implicat în multe proiecte de caritate în domeniul sănătății. A donat echipamente și medicamente spitalelor din România, a susținut cursuri de specialitate la București și Iași, a organizat cursuri de specializare în SUA pentru medicii români.

Valoarea totală a investițiilor companiei QAB pentru modernizarea IOMC este de 80 000 de dolari.

Colegiul Medicilor din România a avut câștig de cauză

La 8 aprilie 2005, în cadrul unei conferințe de presă, Consiliul Național al Colegiului Medicilor din România își exprima dezacordul cu privire la acele prevederi ale HG 235 din 31 martie 2005 care aduc atingere independenței profesionale a medicului și afectează calitatea actului medical. **Colegiul Medicilor din România** a atacat în contencios administrativ Hotărârea de Guvern solicitând anularea acelor articole care aduc atingere independenței profesionale a medicului.

La 29 iunie este emisă o nouă Hotărâre de Guvern, cu noi reglementări privind medicamentele compensate. Am considerat potrivită publicarea integrală a comunicatului oficial, pe care îl redăm în cele ce urmează:

"Guvernul a hotărât eliminarea limitei de 1.000.000 lei pentru medicamentele prescrise pentru bolile cronice, cuprinse în sublista A, potrivit Nomenclatorului medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală.

În acest sens, a fost aprobată o Hotărâre în ședința Guvernului din 29 iunie.

Medicamentele de pe sublista A sunt în general medicamente ieftine, majoritatea generice compensate la prețul de referință. Medicamentele de pe această sublistă trebuie să poată fi disponibile tuturor, de aceea a fost eliminată limita de 1.000.000 lei. În schimb, s-a propus limitarea numărului de medicamente, incluse în sublista A, la maximum patru.

Actul normativ adoptat de Guvern aduce modificări și în ceea ce privește sublista C. Există numeroase medicamente de pe sublista C, care depășesc plafonul de 3.000.000 lei, ceea ce a necesitat crearea de excepții pentru accesul pacienților la medicamente. Majoritatea acestor excepții au fost deja reglementate, dar în anumite situații, mai rare, s-au identificat și alte cazuri care pot antrena depășirea sumei de 3.000.000 lei. În aceste cazuri, pacientul era pus să achite diferența, ceea ce anihila ideea de gratuitate sau compensare 100% (chiar și din prețul de referință). În consecință, actul normativ adoptat de Guvern înlătură plafonul de maximum 3.000.000 lei pentru medicamentele din sublista C. Însă, pentru fiecare cod de boală, se poate face o singură prescripție lunar cu maximum 3 medicamente.

O altă modificare vizează reducerea birocrației. Astfel, formularele de prescriere a medicamentelor care se eliberează cu și fără contribuție personală, au fost modificate astfel încât să se poată prescrie pe același formular medicamente de pe oricare din cele trei subliste, A, B sau C. Farmaciile vor prelua sarcina de a calcula depășirea plafonului de prescriere stabilit pentru fiecare sublistă și de a încasa aceste sume de la pacienți. De asemenea, au fost eliminate sancțiunile prevăzute pentru depășirea plafonului valoric la prescrierea medicamentelor din sublistele A, B sau C. Se menține sancțiunea de 10 milioane lei (1000 RON) pentru medicii care eliberează două prescripții pentru același pacient, cu aceeași boală cronică, într-o lună.

Medicilor li se solicita să scrie, de regulă, în rețetele prescrise bolnavilor denumirea comună internațională a medicamentului (substanțele active conținute de medicament). Dacă există un motiv medical special pentru care este justificată scrierea în rețetă a denumirii comerciale a unui medicament, acesta va trebui menționat în documentele bolnavului.

Guvernul a hotărât să îmbunătățească sistemul de prescriere și eliberare a medicamentelor cu și fără contribuție personală, în urma discuțiilor purtate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmaciștilor din România. Noul sistem de prescriere și eliberare a medicamentelor cu și fără contribuție personală a fost instituit prin Hotărârea Guvernului nr. 235/2005, modificată și completată prin Hotărârea Guvernului nr. 309/2005. Hotărârea adoptată de Guvern în ședința din 29 iunie, care a modificat HG 235/2005, intră în vigoare la 15 zile de la data publicării în Monitorul Oficial."

Scanned with OKEN Scanner

Președinte al "Comisiei de Medicină Generală și Medicină de Familie" a Colegiului Medicilor din România, lectorul universitar Constantin Cârstea consideră că viitorul medicinei de familie trebuie construit pornindu-se de la dezvoltarea independentă a activității medicului, prin cabinete proprii.

Lector universitar Constantin Cârstea

Vicepreședinte al Colegiului Medicilor din România:

„Orice zăbală, fie ea și de aur, trebuie refuzată"

O intervenție chirurgicală poate schimba soarta unui om, iar destinul lui Constantin Cârstea a fost "fixat", când avea zece ani, din cauza unei apendicite acute. Nu poate uita nici astăzi senzația încercată în cabinetul de consultație. Plutea într-o lume stranie, care-i stârnea admirație și teamă nedefinită. Siguranța de sine și atitudinea prietenoasă a medicului care l-a operat i-au accentuat sentimentul de admirație iar teama s-a transformat încet, încet în respect. Această imagine l-a urmărit ani și ani, astfel încât, la terminarea liceului, a ales drumul către facultatea de medicină.

Nu regretă alegerea făcută și nici specializarea aleasă. Medicina de familie este temelia oricărui sistem de servicii de sănătate. Doctorul Constantin Cârstea luptă pentru prestigiul acestei discipline, fără a se lăsa copleșit de greutăți. Care ar fi acestea? Condiții de spațiu și dotări absolut insuficiente. Bramburească legislativă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate. Aplicarea neuniformă, chiar abuzivă, a unor prevederi legislative de către Casele de Asigurări Județene și Direcțiile de Sănătate Publică. Lipsa de motivare a medicului de familie pentru servicii de calitate. Dezechilibrul major între volumul și complexitatea serviciilor furnizate și nivelul remunerației pentru serviciile respective. Birocrația excesivă în detrimentul actului medical. Incapacitatea CNAS de a realiza o evidență clară a asiguraților, fapt ce generează multe stări conflictuale între asigurații "neasigurați" și medicii de familie.

E drept că nici motivele de mulțumire nu sunt puține. Sondajele și analizele realizate de Centrul de Politici de Sănătate al Fundației pentru o Societate Deschisă, dar și documentele Institutului de Management al Serviciilor de Sănătate, făcute publice în 2003, 2004 și 2005 arată că 90% dintre pacienți sunt satisfăcuți de relația lor cu medicul de familie și, în plus, că medicina de familie rezolvă peste 80% dintre solicitările de servicii medicale.

Soluții posibile pentru crizele din sănătate

"Sistemul nu poate funcționa dacă atribuirea funcțiilor administrative se face fără respectarea criteriilor de competență, motivare și responsabilizare.
Sistemul nu se poate dezvolta fără structurarea lui pe 3 nivele de accesibilitate a pacienților la servicii de sănătate: nivelul social (accesibil pentru toți pacienții, în limita fondurilor și la standardele sociale), nivelul social-liberal (accesibil pentru toți pacienții dispuși la o plată suplimentară, peste nivelul suportat de asigurările de sănătate, bineînțeles pentru condiții și confort superioare nivelului social), nivelul liberal (liber concurențial pentru cei cu posibilități deosebite și dispuși să plătească costul serviciilor medicale, direct sau prin intermediul caselor private de asigurări de sănătate).
Trebuie revizuite, de asemenea, criteriile și principiile de contractare a serviciilor de sănătate, astfel încât să nu genereze nici inflație, nici corupție și să asigure un control eficient al costurilor."

Scanned with OKEN Scanner

Profesorul universitar Dan Sabău este unul dintre acești oameni. Unul dintre acei chirurgi, din fericire nu puțini care, în pofida unui sistem bolnav, obține recunoaștere și premii internaționale. Nu vom vorbi acum despre distincția care i-a fost conferită în Japonia, la începutul lunii mai. Am preferat ca dialogul să se desfășoare sub semnul unei provocări nu lipsită de riscuri: performanță în chirurgie versus performanță în politică.

Prof. univ. Dan Sabău

Președintele Comisiei de Sănătate, Ecologie și Sport a Senatului României:

"Am intrat în politică din dorința ca medicul să poată câștiga suficient pentru a nu mai fi supus oprobiului public generat de mecanismul plăților informale"

Doctor în științe medicale. Membru al Societății Internaționale de Boli ale Esofagului (The International Society for Diseases of the Esophagus) • membru al Societății Europene de Chirurgie (Eurosurgery) • membru al European Association of Endoscopic Surgery • membru al Asociației Internaționale de Hidatologie (International Association of Hidatidology) • membru al IGSC (International Gastro Surgical Club).

Prioritățile mandatului senatorial în domeniul sănătății:

• îmbunătățirea stării de sănătate a populației și urmărirea aplicării unor prevederi ale **Legii Spitalului**: funcționarea Comisiei Naționale de Acreditare, încurajarea competiției între furnizorii de servicii, creșterea calității serviciilor medicale, încurajarea performanței prin retribuire diferențiată, creșterea calității managementului sanitar, creșterea competitivității spitalului comunitar.

• redactarea și ratificarea **Legii asigurărilor sociale de sănătate**: acces echitabil la serviciii, creșterea standardizării actului medical, definirea pachetului de servicii, precizarea surselor de plată pentru cei exceptați, plafon definit de investiții.

• îmbunătățirea statusului social și financiar al furnizorului de sănătate: medic și asistent medical.

Despre chirurgie:

„Chirurgia, din punctul meu de vedere, reprezintă mai mult decât o profesiune, este o vocație. Rezultatele bune nu pot fi obținute dacă, peste instrucție, nu suprapui vocația și talentul. Chirurgia este o artă. Pentru mine, nimic nu este excesiv atunci când vorbim de chirurgie. Sigur, ea ar putea fi considerată doar un exercițiu tehnic bine făcut, dar asta înseamnă mult prea puțin pentru o chirurgie de performanță. Dacă înțelegi chirurgia ca pe o posibilitate de a oferi alinare, atunci prima calitate a unui om care se dedică acestei profesiuni este capacitatea lui de a înțelege suferința umană. Numai așa chirurgul devine și altceva decât tehnician. Numai așa el devine doctor. Am intrat în politică în 1997, dar nu am abandonat chirurgia. Profesiunea asta nu îți permite pauze semnificative. Practicarea profesiunii de medic îmi atenuează nemulțumirile pe care, inevitabil, le am în politică."

Despre activitatea politică:

„Încercăm să adaptăm sistemul de sănătate actual la posibilitățile Casei Naționale de Asigurări și la necesitățile românului. Una dintre prioritățile programului legislativ este aceea de a realiza, în sfârșit, investiții în sănătate. Sperăm să obținem și pentru spitale 5%. Investițiile ar trebui făcute din programe, din banii guvernului. Proiectul presupune și o diferențiere pe grade de spitale. În același timp ne-am propus ca și procentul din PIB să ajungă la 6%. Celelalte țări din zona central-europeană au atins acest procent, noi suntem la 3,6%. Salarizarea personalului sanitar face parte, de asemenea, din pachetul legislativ la care lucrăm acum. Un tânăr absolvent este plătit cu 4 milioane. Pentru a deveni funcțional în sistem trebuie să studieze încă 5, 6, 7 ani (în total 12-14 ani), iar un tratat de top costă 6-10-15 milioane. Situația este dramatică. Există, firește, plățile informale și dacă nu recunoaștem asta, nu vom eradica niciodată fenomenul. Trebuie să definim condiționarea care, evident, este penală, urmând ca elementele care presupun acea inter-relație între onorariul medicului și recunoștința pacientului, să fie scoase la lumină și impozitate. Trebuie scoasă la lumină competiția medicală, diferențierea profesională și umană și introduse, în sfârșit, criteriile "calitate și cantitate". Trebuie judicios înțeleasă capacitatea medicului de familie de a face economii în sistem și de a limita spitalizarea complezentă. Trebuie, trebuie, trebuie..."

Scanned with OKEN Scanner

Opinia unui expert

*În prima jumătate a lunii februarie, BBC a difuzat un material în care Societatea Britanică pentru Fertilitate reclama cazul unei clinici bucureștene care produce "copii comandați prin poștă". Știrea este preluată imediat de mass media românești. Ministerul Sănătății ia atitudine, iar Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București, controlează sediul firmei **"Global Medrom"**.*
*Colegiul Medicilor din România se va pronunța, la rândul său, în privința acestui caz. Am solicitat părerea unui expert: **Profesorul universitar Vasile Astărăstoae** și o prezentăm în ceea ce urmează.*

Din certificatul de înregistrare al DSP Municipiul București se constată că **SC Global Medrom SRL** este înregistrată în registrul unic la data de 2.10.2002 având drept specialități autorizate obstretică-ginecologie. Din-tr-un memoriu tehnic semnat de Ghionescu Ioana reținem că personalul la SC Global Medrom SRL este format din medicul Ghionescu Ioana asociat unic și o asistentă medicală. La dosar se mai află autorizații de liberă practică eliberate de Direcția de Sănătate Publică pentru dr. Cadar Genoveva – medic primar anestezie și terapie intensivă, dr. Ghionescu Mary Loucienne Ioana – medic medicină generală și dr. Coroamă Adriana Doina-medic primar obstetrică – ginecologie. De asemenea, două contracte individuale de muncă între Global Medrom SRL și dr. Ghionescu Mary Loucienne Ioana - medic medicină generală, respectiv Godoroja Daniela medic anestezist.

Decizia nr. 515 din 15 martie 2005 referitor la dosarul nr. 855 a Comisiei de Disciplină a Colegiului Medicilor din București arată că în cazul de față Colegiul Medicilor a fost sesizat pe două căi: din presa scrisă care a semnalat existența unor elemente de „comerț cu ovule" care s-ar desfășura în Clinica **Global Art** și prin reclamația depusă la dosar de pacienta **N. A.** care o reclamă pe dr. Ghionescu Ioana. Comisia de disciplină a Colegiului Medicilor București a decis sancționarea medicului Ghionescu Ioana cu interdicția de a executa profesia de medic pe o perioadă de un an. Decizia a fost contestată în termen legal atât de pacienta Netedu Alina, cât și de Ghionescu Ioana.

În contestația înaintată de pacienta Netedu Alina se menționează că nu au fost luate în discuție toate elementele sesizate de ea Colegiului Medicilor București și că nu se face nici o referire la responsabilitatea dr. Ghionescu Ioana în calitate de administrator la Global Medrom. Pacienta Netedu Alina arăta în sesizarea înaintată Colegiului Medicilor București că în decembrie 2004 a aflat de existența unui cabinet medical de unde poate obține o sumă de bani dacă donează ovule. Prin intermediul unei colege a fost contactată de către Clinica Global Art la data de 5.01.2005 și i s-au administrat tratamente până în jurul datei de 30 ianuarie 2005. Afirmă că nu i s-a precizat denumirea medicației și că de abia la insistențe repetate dr. Ghionescu Ioana i-a pus la dispoziție un tabel în data de 31 ianuarie 2005. Afirmă că de la început a acuzat în urma tratamentului dureri abdominale și în zona organelor genitale. Pe data de 25 ianuarie, sub anestezie totală, s-au recoltat foliculii ovarieni. După extracție durerile s-au accentuat și, în urma insistențelor sale, i-au fost administrate perfuzii cu glucoză. Datorită agravării simptomatologiei s-a prezentat la Spitalul Universitar București cu sângerare uterină, lichid în cavitatea abdominală, vomă, anemie. A fost internată 7 zile și a fost externată cu recomandarea de a evita eforturile fizice și control periodic. Pacienta recunoaște că a semnat un acord privind donarea de ovocite pentru fertilizare in vitro dar care a fost într-un singur exemplar care a rămas la clinică.

În contestația sa , dr. Ghionescu Ioana declară că a fost angajată în calitate de medic de medicină generală la Global Medrom SRL, că activitățile specifice medicinei reproductive erau derulate de dr. Ilya Barr – medic ginecolog și cadru didactic la Facultatea de Medicină din Tel Aviv.

Scanned with OKEN Scanner

Afirmă că, în afara unor ecografii (pentru care nu avea competență), nu a efectuat nici un fel de acte medicale care să exceadă competențele și că atribuțiile pe care le avea în cadrul acestui centru constau în intermedierea relației între pacient și medicii obstetricieni, supravegherea activităților desfășurate și obținerea consimțământului informat. De asemenea, medicul Ghionescu Ioana afirmă că nu a organizat acțiuni cu profil medical producătoare de beneficii, fiind doar angajată a societății.

Cu privire la cele susținute mai sus putem face următoarele comentarii:

1. Nu există nici un document care să confirme existența în cadrul SC Global Medrom a unui medic specialist în obstetrică ginecologie, specialitate în cadrul căreia se desfășoară activități de medicină reproductivă și fertilizare in vitro. Ne exprimăm nedumerirea cum a fost acceptată de către DSP- Municipiul București înregistrarea în registru unic a unui cabinet cu activități în specialitatea obstetrică ginecologie fără un medic specialist în domeniu, mai ales că memoriul tehnic preciza care este personalul ce lucrează în această societate. În plus, în același memoriu tehnic, era menționată existența laboratorului de fertilizare in vitro fapt ce ar fi trebuit să fi atras atenția celor ce au acceptat înregistrarea cabinetului. Mai grav este faptul că, așa cum declară și medicul intimat, în cadrul acelui laborator au practicat în mod ilegal medicina medici cetățeni străini care nu aveau autorizarea de liberă practică pe teritoriul României.

2. Acordul donatoarei de ovocite pentru fertlizarea in vitro semnat de N. A. și contrasemnat de dr. Ghionescu Ioana și de un martor cu semnătură indescifrabilă, nu constituie un consimțământ informat (sau luminat) în spiritul Legii privind drepturile pacientului și Codului Deontologic al Colegiului Medicilor din România valabil în momentul solicitării consimțământului. El este o traducere a unor documente utilizate în alte țări (în speță Israel) și nu este adaptat nivelului de înțelegere al pacientei. Riscurile nu sunt prezentate cu un ton neutru și obiectiv, ci dimpotrivă sunt minimalizate, utilizându-se o manieră optimistă cu privire la apariție și evoluție. De exemplu: „din fericire sindromul de hiperstimulare apare la mai puțin de 1% din pacienți, iar tratamentul constă în repaus la pat și urmărirea minuțioasă a diurezei". Se încalcă autonomia pacientului în momentul în care se afirmă că deciziile referitoare la fiecare etapă a tratamentului vor fi luate numai de către medic fără informarea pacientului. Nu se precizează dreptul pacientului de a se retrage din acest program. Lucru cel mai grav, îl constituie faptul că este anulat dreptul la o a doua opinie și, de asemenea, i se interzice pacientului dreptul de petiție atunci când se precizează că trebuie să fie de acord să nu deschidă acțiuni judiciare, reclamații, sau orice act juridic în urma procesului de donare a ovocitelor. În ceea ce privește obținerea consimțământului, practica unanim acceptată în toată lumea este ca pentru orice act diagnostic sau terapeutic riscurile și avantajele să fie prezentate de un medic ce are competență în acel domeniu pentru că numai în acest mod poate da răspunsuri pertinente și concludente la nedumeririle justificate ale pacientului. Un medic de medicină generală neavând competențe în medicina reproductivă, nu poate obține un consimțământ informat.

3. Atitudinea medicului Ghionescu Ioana, după apariția efectelor secundare la pacienta N. A., a fost nedeontologică. Deși diagnosticul și tratamentul efectelor secundare, erau de competența unui medic cu specialitate obstetrică ginecologie, pacienta nu a fost îndrumată spre un asemenea specialist și a fost reținută și tratată la nivelul Cabinetului din cadrul SC Global Medrom Art. În acest mod, pacienta a fost privată de șansa tratării corecte a efectelor secundare din primul moment, producându-i-se o suferință suplimentară și nejustificată.

4. Medicul intimat a încălcat legislația în vigoare acceptând ca pe site-ul www.global-ivf.com să apară ca specialist în medicină reproductivă, deși recunoaște că nu are competențe în acest domeniu. În acest mod a fost încălcat dreptul la o informare corectă a pacientului, drept prevăzut atât în legislația Română cât și în Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din România.

5. Dr. Ghionescu Ioana, în calitate de administrator, nu se poate apăra declarând că a fost un simplu angajat. Această apărare nu se susține. Este de la sine înțeles că un administrator avea cunoștință de activitățile economice desfășurate în cadrul SC Global Medrom; de asemenea, recunoaște că a desfășurat activități medicale cu medici cetățeni străini care nu aveau autorizația de liberă practică pe teritoriul României.

În concluzie:

Consider că dr. Ghionescu Ioana, medic de medicină generală, fără alte competențe sau supraspecializări, a desfășurat acte medicale ce nu-i intrau în competență, și a încălcat grav principiile umaniste ale profesiei medicale.

Scanned with OKEN Scanner

UNIUNEA EUROPEANĂ ȘI SĂNĂTATEA

		AUSTRIA	BELGIA	GERMANIA	DANEMARCA	SPANIA	FINLANDA	FRANȚA	MAREA BRITANIE
STATISTICI GENERALE	Populație (milioane)	8,13	10,30	82,40	5,37	41,34	5,19	61,39	58,8
	Speranța medie de viață (bărbați)	75,9	75,8	74,8	74,5	74,9	74,6	75	75,3
	Speranța medie de viață (femei)	81,7	81,42	80,8	79,2	82,4	81,5	82	80,1
	Mortalitatea infantilă/ 1000 nou-născuți	4,84	4,99	4,3	5	4,38	3,8	4,3	5.5
RESURSE DE SĂNĂTATE – SPITALE	Număr de spitale	310	223	2239	76	798	396	3171	N/a
	Număr total de paturi/ 1000 locuitori	8,82	6,89	9,11	4,27	3,9	7,58	9,26	3,76
	Număr total de paturi acute/ 1000 locuitori	6,43	5,14	6,7	N/a	3,25	3,6	4,07	2,21
RESURSE DE SĂNĂTATE – ANGAJAȚI	Număr de GP/ 1000 locuitori	1,36	2,09	0,89	0,64	0,69	0,95	1,58	0,65
	Număr de specialiști/ 1000 locuitori	1,82	1,8	1,89	0,15	N/a	2,77	1,65	0,52
	Număr de doctori/ 1000 locuitori	3,88	3,89	3,61	2,69	3,05	3,72	3,24	2,04
	Număr de asistente medicale/ 1000 locuitori	5,32	5,53	10,96	5,25	3,66	13,61	6,69	7,12
	Număr de doctori care lucrează în spitale/ 1000 loc.	2,16	1,22	1,34	1,89	1,8	1,41	1	1,42
	Număr personal care lucrează în spital/ 1000 locuitori	15,6	N/a	10,1	15,99	9,91	11,62	14,47	21,07
ACTIVITĂȚI DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII	Număr de vizite GP/ 1000 locuitori	N/a	2719	N/a	6300	6247	2442	N/a	4000
	Număr de vizite ale specialiștilor/ 1000 locuitori	N/a	2064	N/a	1614	N/a	1874	N/a	895
	Număr de vizite la serviciile ambulatorii și de zi/1000 loc.	N/a	N/a	N/a	1100	1491	1257	178	22
	Rata de externări/ 1000 locuitori	297,1	N/a	201,5	210,2	115,23	226,9	197,74	227,2
	Durata medie de spitalizare într-un spital acut	6,16	N/a	9,3	5,3	7,46	5	6,2	8,1
FINANȚAREA SĂNĂTĂȚII	Cheltuieli pentru sănătate (% din PIB)	7,3	7,8	10,7	8,3	7,5	6,7	N/a	N/a
	Finanțarea publică (%din total cheltuieli cu sănătatea)	67,3	93,5	75,5	80,8	71,5	75,1	N/a	N/a
	Finanțarea privată (% din cheltuielile cu sănătatea)	32,7	6,5	24,5	19,2	28,5	24,9	N/a	N/a

Eu, pacientul...

Relația medic-pacient. Un subiect pe buzele tuturor care îmbracă astăzi, mai mult ca oricând, haine dintre cele mai diverse. Limitele unei asemenea dezbateri sunt largi dar, într-o prezentare sumară, ele pot fi fixate între recunoștință și acuze de malpraxis. Nu despre recunoștință va fi vorba aici. Ea este firească într-o profesiune dedicată alinării suferințelor umane, iar menirea și, mai ales, eforturile medicilor sunt apreciate. Această rubrică vorbește despre drepturile pacienților și situațiile în care aceștia consideră că ele le-au fost încălcate.

Vom publica, număr de număr, scrisori sosite pe adresa Colegiului Medicilor din România, fără ca numele și adresele celor care ni se adresează să fie dezvăluite. Este și acesta un drept al pacientului.

Am adus la cunoștința medicului de gardă faptul că nu sunt de acord cu nici o intervenție chirurgicală

„În seara zilei de 6 mai 2005, am început să am pierderi mari de sânge. În seara următoare, la slujbă, din cauza afluxului mare de sânge, am chemat serviciul de ambulanță. Am fost internată la Secția de ginecologie a Spitalului Județean, cu diagnosticul metropatie hemoragică. Mi s-a administrat tratament cu antibiotice, hemostatice și antiinflamatoare. Timp de trei zile nu s-a constatat nici o îmbunătățire a situației. Țin să precizez că, în momentul internării, am adus la cunoștința medicului de gardă că nu sunt de acord cu nici o intervenție chirurgicală. Dat fiind faptul că, de la ultima intervenție ginecologică nu trecuse nici măcar o lună, medicul de gardă a hotărât că nu este cazul să fac un nou chiuretaj. Cu toate acestea, pe 10 mai, după vizita de seară, dl doctor DF m-a chemat în cabinetul său pentru o vizită de rutină, transformată, ulterior, într-un nou chiuretaj hemostatic, făcut fără acordul meu. Plângeam, țipam, îl imploram să nu-mi facă acest chiuretaj, iar medicul, cu ajutorul asistentei de serviciu, mă brusca. Am încercat să mă ridic de pe masa de consult și m-a lovit. Pe data de 11 mai, am acuzat semne de infecție dar, la vizita de dimineață, doctorul DF s-a comportat ca și cum nu aș fi pacienta lui. În urma acestor întâmplări am hotărât să mă externez în dimineața următoare. În momentul externării i-am precizat domnului doctor DF faptul că am usturimi puternice și dureri în urma chiuretajului. Mi-a spus că este posibil să fie candidoză și, fără nici un consult, mi-a prescris un tratament. Tratamentul prescris nu mi-a îmbunătățit starea de sănătate."

Scanned with OKEN Scanner

Date extrase din volumul „Renașterea sistemului sanitar printr-o reformă bazată pe dovezi".
Editor coordonator: Dr. Mircea Olteanu, medic primar,
Doctor în științe medicale, prim-vicepreședinte al Asociației Spitalelor din România

GRECIA	IRLANDA	ITALIA	LUXEMBURG	OLANDA	PORTUGALIA	SUEDIA	CIPREU	UNGARIA
10,5	3,9	57,6	0.45	15,99	10,3	8,91	0,71	10,04
75,5	74	74,9	74,9	75.9	73,5	77,5	76,1	67,1
80.6	79,3	81,3	81,2	80,7	80.3	82,1	81	75,6
6,8	5,82	6	5,07	12,7	5	3,65	4,9	9,2
5	126	6	16	1102	221	77	116	177
N/a	4,41	4,49	6,63	N/a	3,91	3,27	4,37	8,41
N/a	3,01	N/a	5,57	3,47	3,3	2,65	4,07	6,47
N/a	0,48	N/a	0,86	0,49	0,53	0,61	0,42	0,69
4,1	0,36	N/a	1,66	0,57	2,15	1,68	2,18	3,01
3,6	2,39	4,8	2,52	N/a	3,09	3,09	2,6	3,64
N/a	14,86	N/a	7,34	3,13	3,65	70,75	3,99	4,97
N/a	0,4	N/a	1,54	N/a	1,89	N/a	0,73	1,2
N/a	14,1	N/a	11,39	9,11	10,36	N/a	3,94	6,17
N/a	N/a	N/a	2716	6300	2201	1438	935	5304
N/a	541	163	2932	1412	775	1508	857	15606
N/a	95	7	263	57	N/a	N/a	2754	32240
8	148,2	7,6	180,7	91,03	119,9	163,8	78,33	260
N/a	6,46	N/a	7,47	8,15	7,29	5,45	5,8	8,93
N/a	7,9	N/a	6,1	8,9	8,2	7,9	6,1	6,8
14	79,6	2	92,9	71,5	68,9	83,8	33,4	5,2
30	20,4	11	7,1	28,5	31,1	16,2	66,6	1,6

asupra celui mai implicat personaj al întregului lanț: pacientul. Cozile interminabile din fața farmaciilor care încă mai eliberează medicamente compensate, pensionarii afectați de căldură sau de frig parcă nu ne mai emoționează. Ni se pare normal să vedem zeci de persoane așteptând resemnate în fața ușii unui cabinet dintr-o policlinică sau spital. Concluzia este simplă însă extrem de pesimistă: cei mai mulți dintre români se mulțumesc încă cu atât de puțin în ceea ce privește serviciile medicale. Nu se revoltă nici dacă stau câte doi în patul de spital, nici dacă își aduc de acasă medicamentele și materialele sanitare. Parcă ar fi vorba despre un întreg proces de educație: li s-a inoculat ideea că este normal să fie așa.

Există totuși de mai bine de doi ani o lege care apără drepturile pacienților – acea persoană sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. O lege care stipulează că pacientul are numeroase drepturi, dintre care cel de a fi informat este de departe cel mai însemnat.

El, jurnalistul...

Luminița Vâlcea
(Banii noștri)

Dreptul la sănătate

Vorbim prea des despre criza sistemului de sănătate, despre bugetul mereu insuficient, despre schimbarea destinației banilor colectați pentru contribuția la fondul de asigurări de sănătate și chiar despre statutul și organigramele unor instituții de sănătate. Uităm astfel, de cele mai multe ori, să analizăm efectul acestei crize

Pacientul are dreptul la tratament și îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare, de a fi informat cu privire la serviciile medicale, de a cere și obține altă opinie medicală. El poate refuza sau opri o intervenție medicală asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa.

Știu românii că există o asemenea lege care le protejează drepturile? Îi cunosc prevederile? Răspunsul pare a fi mai degrabă nu, de vreme ce s-a încetățenit expresia „dacă nu ai plicul pregătit nu se uită nimeni la tine". Uimitor este însă faptul că, întrebați în cadrul unor barometre de opinie dacă pentru serviciile medicale au dat și altceva decât taxele oficiale, cei mai mulți pacienți răspund nu.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul și locul Colegiului Medicilor în societatea românească

De la începutul anului și până acum, «criza sănătății» a ocupat cu generozitate primele pagini ale cotidianelor, head-line-urile buletinelor de știri la posturile de radio și televiziune și, nu în cele din urmă, spațiile destinate talk-show-urilor. S-a vorbit mult despre corupție, despre medicamentele compensate, despre biocalele din spitale. Inițiativa organizării Dezbaterilor "Directa medical" a pornit de la aceste realități. Colegiul Medicilor își propune să vorbească despre malpraxis și etica medicală, dar și despre constrângerile la care medicul este supus. Să pună sub semnul întrebării calitatea managementului în sistemul sanitar, dar și implicațiile unor campanii de denigrare nu întotdeauna onest argumentate. Să analizeze acuzele de corupție aduse lumii medicale, dar și imperfecțiunile sistemului legislativ.

Toate acestea, din necesitatea unei reprezentări corecte a imaginii medicului și a profesiunii sale în societatea românească.

Alexandru Lăzescu (analist politic):
Această primă dezbatere este gândită ca o întâlnire de tip panel și văzută ca un mod de a avea o interacțiune cu societatea civilă. Am pornit de la premisa că o structură profesională cum este Colegiul Medicilor ar trebui să aibă o interacțiune mai clară, mai directă cu societatea civilă. Să vedem dacă putem identifica aceste direcții. Am împărțit acest tip de discuție în trei mari zone de interes. Prima ar fi «medicul și societatea» și mă refer aici la interacțiunea directă cu pacientul, un lucru despre care s-a discutat foarte mult, un subiect delicat. Există o tensiune care nu a fost lămurită, pentru că nu s-a interacționat suficient, datorată felului în care gazetarii și Colegiul Medicilor văd culpa medicală. A doua, foarte importantă, bioetica. Cazul Adriana Iliescu a stârnit multe pasiuni. Sunt păreri bine conturate, de o parte și de alta, și eu cred că este o problemă pe care Colegiul Medicilor trebuie să o abordeze. A treia zonă de interes, de care nu trebuie să ne ferim, ține de relația medic-pacient, de felul în care este interpretată șpaga. Nu întâmplător am ajuns la acest punct. "Transparency International" și "Fundația Concept" au avut o campanie, "Nu da șpagă", premiată la "Gala Societății Civile". Și aceasta este o chestiune de care Colegiul Medicilor, ca structură importantă a breslei medicale trebuie să țină cont la interacțiunea cu societatea românească. Nu putem trece cu vederea nici problemele legate de finanțarea sistemului.

Scanned with OKEN Scanner

Prof. Dr. Liviu Cocora (președinte CMR):
Temele puse în discuție vin în întâmpinarea dorinței noastre de a ne cunoaște și mă ajută să prezint organizația noastră și implicarea ei în toate problemele pe care le-ați enumerat. Dacă ne uităm la lege, avem o funcție de reprezentare și am venit în fața domniilor voastre reprezentând medicii așa cum sunt ei. Am vrea să putem ajunge la adevărata imagine a medicului. Despre medic se discută, în general la extreme. Se discută, mai ales, în situații de criză, când se întâmplă un eveniment de genul culpă medicală. Sau, mai bine zis, deces neprevăzut. Eu evit să spun culpă medicală, pentru că decizia aparține celui chemat să aplice legea. Noi aplicăm numai legile noastre privind deontologia medicală. Lucrurile bune spuse despre medic sunt, după știința mea, legate de un succes excepțional. Este bine și așa, dar noi am dori să aducem în față medicul de medie, nu extremele.

Alexandru Lăzescu:
Presa, în general, este atentă la extreme...

Prof. Dr. Vasile Astărăstoae (secretar general CMR):
Vom organiza o dezbatere specială, medicina și mass media, care va încerca să găsească un numitor comun. Reîntorcându-mă la tema dezbaterii de astăzi, de fapt Colegiul Medicilor este perceput eronat, ca fiind o prelungire a autorității statutului. Or, Colegiul Medicilor este parte a societății civile, o organizație neguvernamentală, profesională. Într-adevăr, legea i-a dat anumite atribuții pentru că, în toată lumea, prin importanța ei socială, medicina se numără printre puținele profesii reglementate. Problema este legată de felul în care este perceput mesajul acestei profesii. Indiferent dacă vorbim de un politician, de un ziarist sau de un om simplu, în anumite momente, în fața medicului, el se simte dezarmat. Și-atunci, după întâlnirea cu medicul, unii sunt recunoscători, alții nu uită că s-au simțit neajutorați și altul a fost mai puternic. Este un factor subiectiv, dovedit în psihologia medicinei. Întreruperea activității Colegiului Medicilor din România, desființat în 1945, a făcut ca o comunicare a profesiei medicale cu societatea civilă să nu mai existe. Iar după '90, preocupați mai mult de dezvoltarea sistemului, am uitat că, de fapt, realitatea este reprezentată de relația fiecărui medic cu fiecare pacient. Am fost orientați spre interior și mai puțin spre societate. Medicul trebuie să fie lider de opinie, prin organizația sa, care, în momentul de față și-a construit pârghiile prin care poate acționa.

Alexandru Lăzescu:
Domnule profesor Manoleli, cum percepeți Colegiul Medicilor? Îl simțiți ca parte a societății civile?

Prof. Dr. Dan Manoleli (președinte FDSC):
Colegiul Medicilor este aici. Noi, de fiecare dată, personalizăm societatea civilă, spunând ca ea ar fi organizațiile neguvernamentale, sindicatele, partidele, dar societatea civilă este o stare de fapt. Este structurată din diverse elemente, între care există legături. Asta o spune teoria sistemică. Iar când vorbim de dezvoltarea societății civile înseamnă că noi creăm cât mai bune legături între elemente și le diversificăm.

Alexandru Lăzescu:
Colegiul Medicilor din România, această structură organizată, poate cel mai bine organizată, este mai puțin implicată decât ar trebui. Despre asta vroiam să vorbim. Medicii au fost reținuți în a se exprima public nu numai despre problemele lor, ci și despre problemele societății, în general.

Dan Manoleli:
Elementele de structură ale societății, din care face parte și Colegiul Medcilor, trebuie să funcționeze în relația lor cu celelalte elemente. Or, aici se observă că această relație nu este extinsă și nu are feed-back-uri. Nu funcționează pe criterii de transparență și comunicare. Eu asta văd.

Prof. Dr. Sorin Oprescu
(președinte CMB):
După părerea mea, societatea civilă este derutată. Nu știe care este adevărul, nu știe ce să mai creadă când urmărește ceea ce se întâmplă în sistemul sanitar. Sunt mai mulți factori care trebuie luați în discuție. În primul rând, factorul politic care hotărăște, de ani de zile, în ce măsură să beneficieze individul de serviciile medicale. În al doilea rând, aparatul care conduce sistemul. Este vorba de Ministerul Sănătății care, prin structurile lui, nu face altceva decât să alimenteze starea de viziune extatică, tip Apostol Bologa, a puterii. În al treilea rând, structurile care acționează direct asupra individului, de la acordarea primului ajutor, de la salvarea de vieți umane și până la ameliorarea sau vindecarea unor boli.
Politicul nu este interesat de starea de sănătate. La ora actuală nu există nici o lege a asigurărilor, există doar o ordonanță. Nu există nici un fel de buget global. Ar trebui ca toți banii care vin la sănătate să fie lăsați în pace. Miniștrii, indiferent cine au fost ei, n-au făcut altceva decât să încerce și au fost dați cu capul de toți pereții.
Spun că societatea civilă este derutată pentru că, de-a lungul anilor, reprezentanți onorabili ai mass media, cei care se ocupă de social, de sistemul sanitar, au îmbrățișat întotdeauna cu efervescență ideea politicului, a puterii politice. Astfel încât, după părerea lor, vinovați sunt actorii sistemului sanitar. Atunci când se pronunță cuvântul criză se începe, de obicei, cu directorii de spitale. Se vorbește despre directorii de termopane, directorii care fură, interese de grup, mafia albă... Suntem doriți pentru asistența profesională, dar suntem și huliți.

Scanned with OKEN Scanner

Prof. Dr. Vasile Astărăstoae:
Să ne reîntoarcem la tema dezbaterii: rolul și locul Colegiului în societatea românească. Colegiul Medicilor din România nu face administrarea sistemului. Colegiul Medicilor este doar un partener în acest sistem. Cel mult el poate să acorde o consultanță de specialitate. Care sunt atribuțiile lui? În primul rând, această funcție de reprezentare. Colegiul este cel care promovează relația medic-pacient, cel care promovează mesajele umaniste ale profesiei, cel care contribuie la perfecționarea profesională. În al doilea rând, Colegiul are o activitate de jurisdicție, curăță mediul și sancționează abaterile deontologice. Nu cele juridice, pentru acelea există lege.

Prof. Dr. Sorin Oprescu:
Rolul nostru a fost redus aproape la zero. Trebuie s-o spunem: Colegiul Medicilor nu mai este un partener de discuție nici pentru ministeri, nici pentru Casa Națională de Asigurări, nici pentru inițiativele legislative. Probabil colegii mei nu cunosc faptul dar, în urmă cu o lună, s-a depus o inițiativă legislativă a Ministerului, făcută de Casa Națională. Știți ce scrie acolo? Că nu mai există nici reprezentantul sindicatelor, nici reprezentantul patronatelor în Consiliul de Administrație al Casei. Lucrurile astea ne determină viața. Vorbeați de campania "Nu da spagă". Studiul se bazează și pe informații luate din Spitalul Universitar. Acolo, de ani de zile, am niște formulare – se mai practică și în alte spitale – prin care întreb pacientul asupra calității, prin care întreb pacientul dacă este mulțumit. Ultima întrebare este dacă au dat sau nu spagă. 58% dintre cei internați, din 1500 de paturi, au spus: da. De-aici putem începe discuția. Se cheamă spagă pentru că s-a dus și i-a mulțumit doctorului respectiv?

Prof. Dr. Dan Manoleli:
Discutăm despre relația Colegiului Medicilor cu societatea civilă. Ca parte a societății civile, are și rolul de opinie, de presiune, nu numai de a supraveghea, de a gestiona comportamentul medicilor. Nu am văzut din partea Colegiului, ca structură a societății civile, să arate cu degetul, nu către ministerul sub obligăduirea căruia lucrează, ci către Ministerul Finanțelor sau direcțiile financiare, care nu alimentează bugetul pentru că nu sunt în stare să strângă dările. Mă aștept la o atitudine mult mai dură a Colegiului împotriva evazioniștilor, a marilor evazioniști din sistem. Atunci lucrurile s-ar putea rezolva altfel.

Alexandru Lăzescu:
Noi am emis alte teme dar, inevitabil, discuția s-a deplasat către crizele sistemului. Cred că a sosit momentul să vorbim și despre felul în care se vede medicul în mass media, cu problemele respective, de la culpa medicală la spagă. Din această perspectivă, Colegiul ar putea să facă mai mult?

Val Vâlcu (jurnalist, Adevărul):
Presa a reținut de la Colegiul Medicilor, în momentul constituirii lui, că a fost înființat pentru a apăra breasla în fața unor defecțiuni de imagine. Din ultimele sondaje de opinie se observă o erodare a corpului medical. Din acest punct de vedere, Colegiul Medicilor nu a avut un mare succes. Ce simțim noi în redacție? Dacă în 1998, la ultima grevă a medicilor, populația a fost de partea lor, la ultima amenințare cu greva, în 2002-2003, lumea a avut reacții ostile. Dacă ne gândim la demnitatea și onoarea medicilor, fără să existe Colegiul și fără să existe atâtea fonduri ca astăzi, ele erau respectate de societate înainte de '89. Nu cred că problema banilor și a finanțării sănătății pune în discuție demnitatea și onoarea medicilor. Este o temă majoră de discuție, cea sugerată de domnul profesor Oprescu, și îl sprijinim în tot ceea ce face, dar nu are a face cu Colegiul Medicilor. Dacă Colegiul, în lipsa unei alte organizații, se pune de partea pacienților care cer mai multă finanțare în sistem, este un risc asumat. Cred că asociațiile pacienților trebuie să-și ia soarta în propriile mâini, să militeze pentru finanțare și pentru soarta sistemului mai mult decât Colegiul Medicilor.

Alexandru Lăzescu:
De ce s-a degradat imaginea medicului?

Val Vâlcu:
O primă impresie: publicul apreciază Colegiul, orice instituție, prin prisma nevoilor personale. Nevoia personală a publicului este să fie apărat de culpa medicală. Asta îl interesează, să fie protejat, nu onoarea și demnitatea medicilor. Iar presa reacționează corect căutând aceste teme, respectiv malpraxisul și analize deontologice. A doua impresie: concurența medicilor. Ea reprezintă un alt motiv de erodare. Și, în sfârșit, aș pune în discuție și faptul că în societate s-a produs o transformare majoră, multe categorii profesionale au avut de suferit și au fost nevoite să se recalifice, iar opinia potrivit căreia în medicină nu se face reformă și medicii nu sunt supuși constrângerilor, prinde la o anumită categorie de public.

Prof. Dr. Vasile Astărăstoae:
Percepția într-o redacție este una și sondajele de opinie arată altceva. Gradul de insatisfacție a populației nu se referă la calitatea actului medical, ci la atitudine. Dacă luăm și punem în balanță ce scrie mass media și ce rezultă din aceste sondaje, vedem o diferență majoră. Ceea ce reflectă populația este nemulțumirea față de funcționarea sistemului și nu față de medici. Eu am exemplul județului meu, Iași. În momentul în care Colegiul Medicilor a dat un semnal, într-o săptămână s-au adunat 35.000 de semnături, fără ca nimeni să fie obligat. Îi dau însă dreptate domnului profesor Manoleli, noi până acum ne-am orientat spre interior. De aceea am și vrut să organizăm aceste dezbateri. Nu vrem numai să ne prezentăm, ci și să avem un feed-back, din toate zonele.

Scanned with OKEN Scanner

Dr. Gheorghe Borcean:
Erodarea imaginii, demnității, onorabilității și seriozității profesiei medicale este o chestiune separată de erodarea corpului medical. Nu întotdeauna interesul corpului medical este identic cu cel al profesiei medicale. Corpul medical are un interes material imediat și, cum și în medicină traversăm o perioadă consumistă, și aici se produce și se cumpără. Rolul Colegiului Medicilor este de a apăra onorabilitatea profesiei medicale și nu neapărat a medicului în sine care, uneori, nu-și vede interesul pe termen lung, oprindu-se numai la cel imediat. Relația despre care trebuie să vorbim este cea dintre medic și fiecare dintre nenumăratii pacienți care pătrund într-o zi în cabinetul său. Acolo unde relațiile directe dintre medic și pacient s-au dezvoltat pe baza încrederii, auzim mai puțin despre frecușurile și defecțiunile din sistem. Trebuie să resădim încrederea societății civile, a statului, în profesionsitul medical. Pentru asta luptă Colegiul Medicilor. Astăzi sunt în țară 480 de spitale, să zicem 450, unele cu 2000 de paturi, altele cu 200, unele monospecialitate, altele pluridisciplinare. Să facem o socoteală elementară: dacă sunt 450 de spitale în care, în medie, se practică 2000 de intervenții, de la oftalmologie, obstretică-ginecologie, ortopedie, traumatologie la urologie, ajungem la concluzia că sunt spitale care fac câte 12 000 de intervenții cumulate, spitale care fac 1000. Să luăm în calcul doar 2000 dintre aceste intervenții. Asta înseamnă că, într-un an, în spitalele publice se fac aproape un milion de intervenții. Adăugați imaginii nu se întâmplă numai la corpul medical ci și la oștire, la biserică, la parlament. Oare de ce? Eu spun că este vorba de secularizarea valorilor.

Dr. Emilian Imbri (director CNAS):
Cine erodează imaginea medicului? Vorbind de spagă, să nu uităm că în sistemul sanitar lucrează 50 0000 de doctori, incluzând aici și stomatologii. Restul, până la peste 200 000 nu este reprezentat de medici dar cumulul spăgii dat sectorului se adună deasupra capului medicului. Pentru populație, medicul reprezintă sectorul. Și-atunci, de anumite comportamente ale celor din sistem răspunde tot medicul. Este un aspect pe care l-am constatat în interviurile cu asigurații, în legătură cu nemulțumirile lor și față de cine anume. Așa cum spunea și profesorul Astărăstoae, mai puțin față de actul medical și mai mult față de comportamentul celor care lucrează adiacent. Mult rău a făcut și Casa Națională de Asigurări. A introdus niște termeni care au făcut din medic un prestator, furnizor de servicii medicale. Dintr-o dată, anumiți doctori au înțeles astfel lucrurile încât au devenit vânzători de servicii medicale, iar lumea a început să-i perceapă chiar în felul ăsta. Instituția la care lucrez are nevoie de forța societății civile, a Colegiului Medicilor, pentru a reuși să învingă faptul că nu are inițiativă legislativă. Punctul meu de vedere este că suntem într-o situație în care societatea civilă trebuie să-și reprezinte interesele. Oamenii trebuie să-și ceară drepturile, accesul la servicii medicale de calitate.

și cazurile ambulatorii – simple incizii, suturi – și rezultă încă două milioane de intervenții. Puneți pe lângă acestea medicina curativă, medicina profilactică și asta duce la faptul că 5-6 milioane de cetățeni trec prin mâinile medicilor și ale sistemului sanitar într-un an de zile. Din 5-6 milioane de gesturi terapeutice se reclamă, în fiecare an, în jur de 4000 de cazuri în toată țara. Sunt cazuri pe care le gestionez și, către fiecare județ merg câteva zeci de sancțiuni. Unele dintre ele sunt contestate la Comisia Superioară de Disciplină. Am statistica lor, nu sunt mai mult de 70 cazuri pe an, de când funcționează Colegiul, rezolvate de Consiliul Național. Pe de altă parte, erodarea

Dr. Dan Claudiu Tănăsescu (senator PRM):
În urmă cu foarte multi ani, în perioada comunistă, un ministru a murit după o intervenție de apendictomie. Șeful statului a zis: e o culpă, arestați-l. Cei care au constituit atunci un Colegiu al Medicilor ad-hoc, niște profesori, s-au dus la șeful statului cu o carte de chirurgie franțuzească și i-au spus: tovarășu', uitați-vă dumneavoastră aici, în cartea asta scrie că există posibilitatea unor erori, posibilitatea ca atât la sută din operații să ducă la moarte. Nu putem să-l condamnăm. Și, într-adevăr, medicul n-a fost condamnat. De-aici se desprind foarte multe învățăminte. Ar trebui să fim mai atenți la ceea ce se comentează în presă.

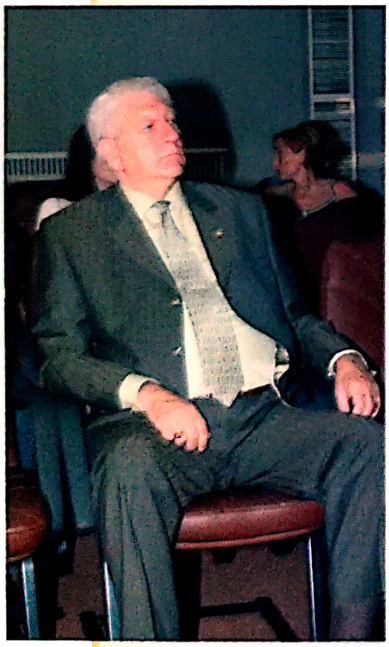
Scanned with OKEN Scanner

Auzim că a murit un copil de meningită la Brăila. Un copil moare de meningită și în California, dar de-aici presa noastră face un caz timp de zece zile. Medicul este în culpă, medicul este un farsor ș.a.m.d. Despre asta ar trebui să discutăm mai mult într-o dezbatere viitoare.

Alexandru Lăzescu:
Ne apropiem de sfârșitul acestei dezbateri și aș vrea să întreb: care sunt, în opinia dumneavoastră, prioritățile pe care ar trebui să le aibă în vedere Colegiul Medicilor?

Prof. Dr. Vasile Astărăstoae:
Două lucruri vreau să spun. Într-adevăr, Colegiul Medicilor trebuie să se îndrepte spre celelalte organizații, inclusiv spre organizațiile media, nu pentru a-și căpăta autoritate, pentru că are, ci pentru a face parte din societatea civilă. Al doilea lucru, care trebuie să fie foarte clar, profesia medicală este o profesie de elită. Profesioniștii formează o castă iar societatea, vrea sau nu vrea, trebuie să accepte acest lucru pentru că, fără medici nu se poate practica medicina. Și nici o reformă, indiferent cum ar dori-o politicienii, nu poate să fie făcută fără colaborarea corpului medical.

Prof. Dr. Sorin Oprescu:
Ideea este una singură. Colegiul Medicilor trebuie să reprezinte un pol de putere care să imprime dorințele castei și să aibă puterea de a interveni, ca actor principal, în hotărârile care se iau în beneficiul pacienților și al corpului medical.



Prof. Dr. Liviu Cocora:
Ar trebui să sumarizez câte probleme are Colegiul Medicilor. Le reținpe cele mai importante. Prima este o problemă de imagine și rezultatul acestei adunări este răspunsul la ceea ce noi ne-am dorit. Încercăm o serie de întâlniri și ceea ce ați numit dumneavoastră, la început, principalele puncte sunt tot atâtea teme pentru viitoarele dezbateri. Astăzi am primit liniile și subpunctele fiecăreia dintre ele. Imaginea este una dintre problemele noastre mari și de aceea am și pornit acest proiect. La adunarea noastră generală am pus ca primă prioritate definirea și începerea unui program pentru câștigarea unei adevărate imagini a Colegiului. Eu sunt mulțumit de această primă întâlnire. Aș fi dorit ca cei care au dat curs invitației noastre să fie mai incisivi. Și noi promitem să fim mai prezenți în societate. Ultimele noastre două gesturi publice, într-adevăr serioase, au fost marșul pe care l-am avut, dar despre a cărui finalitate avem de discutat, și stângerea de semnături pentru creșterea procentului din PIB alocat sănătății, o acțiune care, din vina noastră, nu a dat rezultatele scontate. O altă problemă a Colegiului Medicilor este malpraxisul. Aici lipsește un element cheie, o adevărată lege pentru răspunderea civilă a medicului. Există niște propuneri, una dintre ele a doctorului Paveliu, pe care am apreciat-o foarte mult și care pune răspunderea medicală în rând cu celelalte forme de răspundere civilă. Cine este păgubit de un profesionist, de un meseriaș sau de oricine altcineva are dreptul la o despăgubire. La noi problema se pune defectuos. Toți cei care încearcă o pagubă de acest gen, încearcă să-i găsească medicului o răspundere neapărat penală, apelând la o mulțime de forme pentru a-și duce la capăt această acțiune îndreptățită. Omul a suferit, cineva drag i-a murit, are dreptul să primească daune dar, dacă urmează întotdeauna calea penală, s-ar putea ca, la sfârșit, să fie lipsit de succes în acțiunea sa. Și m-am întrebat de ce. De ce merge el pe calea penală? În primul rând, pentru că nu plătește taxă de timbru. În al doilea rând, pe calea penală, nu-i trebuie avocat. Face o plângere și statul îi pune la dispoziție un aparat întreg de procurori și poliție care trebuie să facă anchetă. S-ar putea ca răspunderea acelui medic să nu fie de gravitatea celor care atrag intervenția legii penale, dar să existe oricum răspundere. Acest lucru va trebui definit mai bine și ne lipsește această lege care să nu lase păgubiți în urma noastră, indiferent de ce formă de răspundere avem. A treia problemă este legată de bani, îi dau dreptate domnului Oprescu. Suntem chemați, pe diverse căi, să participăm la gestionare. Aici se pune întrebarea: cu ce începem? Toată lumea este de acord că nu putem umple un butoi fără să-i astupăm mai întâi găurile. Avem nevoie de mai multe resurse, trebuie însă să acceptăm că și noi avem o serie de instrumente. Asta ne conduce la cuvântul raționalizare. Este un subiect pe care va trebui să-l dezbatem la un moment dat. Pentru mine, raționalizarea înseamnă afectarea mai multor sectoare, nu numai al medicilor sau pacienților ci și al furnizorilor de medicamente și de materiale care, odată cu scăderea inflației ar trebui să-și revizuiască politicile de prețuri. Și, nu în ultimul rând, raționalizarea trebuie să afecteze și corpul medical. Foarte multă lume discută că noi lucrăm și în sectorul public și în cel privat, și în spital și în ambulator, conducem spitale numai dimineața, nu și după-amiaza. Sunt greșeli care ne aparțin și nouă.

Scanned with OKEN Scanner

Ionuț Popescu, Ministrul Finanțelor Publice:

„Ideea de a respecta un buget i se pare aberantă unui medic"

Ca orice ministru de finanțe, domnul Ionuț Popescu este scump la vedere. Și, firește, scump la vorbă. Dar nu s-a putut sustrage "chemării la raport" a lui Carol Sebastian. Interviul a fost realizat pentru Radio Mix. Opiniile exprimate aici nu-și pierd valabilitatea nici in actualul context politic.

- Pentru fondul de sănătate, angajatorul plătește 7%, iar angajatul 6,5%. Se duc toți banii aceștia la sănătate?

- Nu toți, dar cel târziu până la anul, banii vor ajunge la destinația pentru care sunt alocați. Ce se întâmplă acum? Noi putem să mergem pe o astfel de idee: toți banii pentru sănătate să meargă la sănătate. Continuând această logică, toți banii din fondul de șomaj trebuie să li se dea șomerilor, indiferent câți sunt, mulți, puțini. În ceea ce privește pensiile, atât cât încasăm, trebuie să le dăm pensionarilor, chiar dacă asta ar însemna să le dăm jumătate din pensie. Vă întreb: putem să mergem pe logica asta?

- Logica mea este ca banii pe care-i dăm pentru sănătate, eu și firma la care lucrez, să se ducă la sănătate. Dumneavoastră spuneți că nu se duc toți la sănătate. Dar unde se duc?

- Se mai duc la pensii. Ce să facem? Avem patru milioane și ceva, cinci milioane de salariați și vreo șase milioane de pensionari.

- Măcar dumneavoastră recunoașteți ...

- Este clar că bugetul consolidat – acolo este găleata comună – funcționează oarecum pe principiul vaselor comunicante. Dar pensionarii sunt o problemă în România.

- Domnule ministru de finanțe, cam cât din ce se adună pentru sănătate se îndreaptă către plata pensiilor?

- Mai puțin în ultimul timp și, așa cum vă spuneam, încercăm ca, începând cu anul viitor, toți banii care sunt colectați pentru sănătate să ajungă la sănătate.

- Cu riscul de a nu avea bani pentru pensii?

- Nu. Nu putem să punem în pericol veniturile unice ale unor oameni în vârstă. Și-atunci trebuie găsite soluții. Vorbind despre sănătate trebuie să spunem lucrurilor pe nume. Problema nu e felul în care sunt folosiți acei bani, cum sunt ei mișcați între diferite fonduri. Problema este una de sistem. În primul rând, să ne referim la felul cum sunt folosiți banii în sistemul de sănătate, cât de eficient sunt folosiți ei, mulți, puțini, cât sunt. În al doilea rând, la faptul că avem patru milioane și ceva de contribuabili și douăzeci și două de milioane care beneficiază, direct sau indirect, de acest sistem. În plus, noi avem încă zone întregi în care nu se plătește impozit. Așa cum știți, în mediul rural aproape că nu se plătește nici un fel de impozit.

- Revenind la banii colectați pentru sănătate. Cum veți reuși ca, începând de anul viitor, toți banii care se colectează pentru sănătate să fie folosiți în sistemul sanitar?

- În primul trimestru al acestui an, banii alocați pentru medicamente au fost de două ori mai mulți, comparativ cu aceeași perioadă a anului trecut. Se poate vedea asta, dacă citiți revistele economice, din felul în care a crescut cifra de afaceri a firmelor din această industrie a medicamentelor. Nu problema banilor a existat în cazul de față, ci a felului cum sunt ei cheltuiți, a modului cum se alocă acești bani.

- Domnul Blănculescu și guvernul precedent spuneau același lucru...

- Nu știu ce spunea domnul Blănculescu. Eu vorbesc despre ce se întâmpă în acest moment. Sistemul sanitar din România are niște boli cronice și foarte vechi. Acolo unde el se întrepătrunde cu sistemul privat este evident că sectorul de stat nu poate câștiga. Ideea de a respecta un buget i se pare aberantă unui medic, dar asta se întâmplă peste tot în lume. Toate spitalele din lumea asta se încadrează într-un buget. Asta trebuie să facem și noi, să introducem disciplina financiară.

- Și, totuși, cum veți reuși ca banii colectați pentru sănătate să ajungă acolo?

- Prin încasări mai bune, prin colectare mai bună, încercând să mărim baza de contribuabili.

- Nu cu mult timp în urmă, ministrul Cinteză spunea că nu se mai pot aloca fonduri suplimentare pentru sănătate. În ce situație se află ministrul Cinteză acum? Mă refer la situația lui politică.

- Eu mi-am propus de la început să nu comentez nici o declarație a vreunui coleg din Guvern sau, cu atât mai mult, să vorbesc despre situația lui politică. E clar că politica în domeniul sănătății se face la Ministerul Sănătății, nu Finanțele o fac. Așa cum nu Finanțele fac politica în domeniul agricol sau nu stabilesc ce drumuri se construiesc. Iar bugetul de stat e ca bugetul unei familii. Sigur că avem nevoi și dorințe enorme. La fel ca într-o familie, am vrea să ne schimbăm televizorul în fiecare an și mașina la doi ani. Trebuie, mai întâi, să vedem ce venituri avem, pe ce bani putem să contăm și să vedem dacă ne putem permite aceste lucruri.

Scanned with OKEN Scanner

AUTOPSIA MEDICO-LEGALĂ:

UN DEMERS OBLIGATORIU ÎN CONDIȚII CLAR PRECIZATE DE LEGE

Conf. univ. dr. Cristian Curcă

Autopsia medico-legală (AML) este o necropsie impusă de lege[1] care se efectuează în cazul deceselor în care trebuie efectuată obligatoriu o anchetă de ordin judiciar; aceste cazuri sunt reglementate prin lege[2], autopsia medico-legală urmând a furniza elementele biologice necesare inițierii și/sau continuării anchetei.
Cei ce trebuie să trieze în etapa inițială decesele cu implicații judiciare de cele fără astfel de implicații sunt cei care au ca obligație să elibereze certificatul medical constatator al decesului, CMCD.
Acești medici sunt următorii:

- medicul anatomo-patolog pentru bolnavul care decedează în spital și la care se efectuează autopsie anatomo-patologică (prosecturală): în caz de AML obligatorie se anunță direcția spitalului care la rândul ei va anunța parchetul teritorial
- medicul curant (care a îngrijit bolnavul) pentru bolnavul care decedează în spital și la care nu se efectuează autopsie anatomo-patologică (prosecturală): în caz de AML obligatorie se anunță direcția spitalului care va anunța parchetul teritorial;
- pentru bolnavul care decedează la domiciliu:
  - medicul de familie în zilele de lucru ale săptămânii (la solicitare și în afara acestor zile): în caz de AML obligatorie se va anunța poliția;
  - medicul de salvare în zilele de week-end; se anunță poliția. Este de subliniat că, în acest caz, eliberarea CMCD la peste 24 ore de la deces face inutilă eliberarea acestuia în cazul deceselor ce au loc sâmbata după ora 12.00 întrucât duminica după ora 12.00 nu se oficiază în mod uzual înmormântări sau incinerări.
- pentru bolnavul care decedează în altă parte decât la spital sau la domiciliu NU se eliberează CMCD; se va anunța poliția care va dispune o anchetă (cercetare) prealabilă în urma căreia se va hotărî dacă CMCD se poate elibera de către medicul de familie.

Acest triaj se efectuează în baza prevederilor legale care reglementează obligativitatea AML și eliberarea CMCD. Redăm pe scurt elementele esențiale.

Cadru legislativ: Norme Procedurale de aplicare a Legii 459/2001 (selectie) coroborate cu art. 112, 114 CPP

Art. 34 2) Autopsia medico-legală a cadavrului se efectuează la solicitarea organelor judiciare, numai de către medicul legist, fiind **obligatorie** în următoarele cazuri:

1. moarte violentă[3], chiar și atunci când există o anumită perioadă între evenimentele cauzale și deces[4];
2. cauza morții nu este cunoscută[5];
3. cauza morții este suspectă. Un deces este considerat *moarte suspectă* în următoarele situații:

a) **moarte subită**;

b) decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului, este **verificată periodic** din punct de vedere medical;

c) deces care survine în timpul unei **misiuni de serviciu, în incinta unei întreprinderi sau instituții**;

d) deces care survine în **custodie**, precum moartea persoanelor aflate în **detenție** sau private de libertate, decesele în **spitalele psihiatrice**, decesele în **spitale penitenciare**, în **închisoare** sau în **arestul poliției**, moartea asociată cu activitățile poliției sau ale armatei în cazul în care decesul survine în cursul **manifestațiilor publice** sau orice deces care ridică suspiciunea nerespectării drepturilor omului, cum este suspiciunea de tortură sau oricare altă formă de tratament violent sau inuman;

e) **multiple decese repetate** în serie sau concomitent;

f) cadavre **neidentificate**[6] sau scheletizate;

g) decese survenite în **locuri publice sau izolate**;

h) moartea este pusă în legătură cu o **deficiență în acordarea asistenței medicale** sau în aplicarea măsurilor de profilaxie ori de protecție a muncii;

i) decesul pacientului a survenit **în timpul sau la scurt timp după o intervenție diagnostică sau terapeutică** medico-chirurgicală.

Art. 44 - 1) Conducerea unităților sanitare are obligația de a **sesiza în primele 24 ore** organele de urmărire penală cu privire la decesele care au survenit în unitatea sanitară, în condițiile prevăzute de prezentul ordin. În aceste cazuri **nu se eliberează certificat medical constatator al decesului**. 2) în cazurile prevăzute la alin (1) cadavrul se va pune la dispoziția instituțiilor medico-legale, în vederea efectuării autopsiei, în cel mult 24 ore de la sesizarea organelor de urmărire penală.

Art. 45 - 1) Decesul unei persoane sau al unui nou-născut, indiferent de cauza morții, poate fi constatat numai de către un medic care are dreptul de liberă practică 2) Certificatul de deces se eliberează numai după apariția semnelor de moarte reală și numai după trecerea a **24 ore de la deces** 3) Eliberarea certificatului de deces **nu se poate face fără examinarea externă a cadavrului de către medic**. În cazul constatării cu această ocazie, a unor situații prevăzute de **Art. 34** alin. 2) medicul are obligația să refuze eliberarea certificatului de deces și să solicite organelor judiciare o autopsie pentru elucidarea cauzei morții.

Art. 46 - În cazul în care medicul anatomopatolog al unei instituții sanitare efectuează o autopsie și constată cu această ocazie existența unor situații prevăzute de **Art. 34** alin. 2), oprește lucrarea începută și anunță organul judiciar competent.

În cazurile prevăzute de art. 34, al. 2 eliberarea CMCD este interzisă. Medicul este obligat să anunțe organele de anchetă care au prin lege obligația să desfășoare cercetări. Medicul care nu recunoaște situațiile mai sus menționate, care nu se abține de la eliberarea CMCD în cazul dat și nu anunță organele de anchetă comite una sau mai multe dintre următoarele infracțiuni: *neglijență în serviciu, fals intelectual, favorizarea infractorului, abuz în serviciu contra intereselor publice, obstrucționarea justiției, complicitate la omor.*

Triajul cazurilor medico-legale de cazurile în care se poate completa CMCD se bazează pe istoricul cazului, conținutul actelor medicale existente și examenul extern al cadavrului.

Recomandăm tuturor medicilor care prin atribuțiile de serviciu au calitatea de a elibera CMCD să analizeze și să-și însușească cele de mai sus pentru a putea aplica prevederile legale *ad literam* fără a lua în seamă eventuale sugestii sau orice alt tip de considerent care pot implica **răspunderea lor penală**.

1. art. 112, 114 Cod de Procedură penală, Legea 459/2001 privind activitatea medico-legală
2. idem ca în 1
3. moartea violentă este decesul care survine ca urmare a acțiunii asupra corpului uman a unor factori traumatici. Juridic poate fi accident, omucidere, sinucidere.
4. Exemple: accident rutier-fractură femur-deces în aceeași zi, accident rutier-fractură femur operată-deces după 20 zile de spitalizare sau accident rutier-fractură femur operată-deces în a doua săptămână de la externare, etc.
5. este vorba de acele cazuri de deces la care medicul care trebuie să elibereze certificatul constatator de deces nu cunoaște pacientul sau nu îl are în evidență sau a efectuat un ultim consult cu mult timp în urmă ce nu are corespondent actual sau la care nu cunoaște cauza morții.
6. identificarea se efectuează conform legii numai pe baza buletinului de identitate (cărții de identitate) și/sau a pașaportului; nici o legitimație, etc., nu are valoare în fața legii în acțiunea de identificare a unei persoane.

Scanned with OKEN Scanner

RESPONSABILITATE ȘI ETICĂ ÎN INDUSTRIA FARMACEUTICĂ

UN PUNCT DE VEDERE AL COMPANIEI ROCHE ROMÂNIA

Dr. Irina Berechet
PR & Comunications Manager Roche România

Oricare dintre valorile Roche exprimă gradul de implicare și asumare a responsabilității atât față de pacienți și comunitatea medicală cât și față de partenerii de afaceri, față de mediu, față de angajații companiei și față de societate în ansamblul ei:

Servicii adresate pacienților și clienților noștri
Un prim obiectiv al companiei este acela de a veni în întâmpinarea nevoilor pacienților și clienților prin oferirea unor produse și servicii de înaltă calitate. Aceasta implică identificarea și rezolvarea problemelor lor printr-o comunicare apropiată și continuă, respectând drepturile lor individuale.

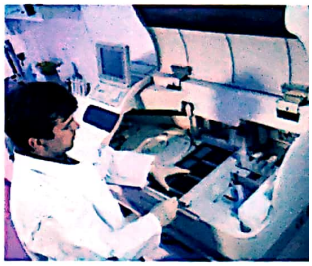
Respect față de individ
Credem că succesul companiei noastre se bazează mai ales pe talentul și performanța angajaților noștri. În toate aspectele activității noastre punem accent pe respectul individului asigurându-ne că toți membrii organizației țin seama de drepturile și demnitatea colegilor de echipă. Angajaților Roche li se asigură posibilitatea dezvoltării talentului lor și folosirea în mod optim în cadrul organizației a potențialului lor, asigurându-li-se recunoașterea performanței și a contribuției lor la succesul companiei. Roche promovează în politica sa de personal diversitatea, schimbul deschis de opinii și oferă șanse egale tuturor angajaților săi.

Responsabilitate
Pentru a satisface standardele de performanță și responsabilitate în cadrul corporației, Roche selectează, pregătește și promovează angajați și manageri care demonstrează automotivare și empatie, sunt deschiși către nou și posedă un simț al urgenței, trăiesc aceste principii corporatiste în deciziile și acțiunile lor.

Performanța
Pentru a asigura creșterea continuă și independența companiei, pentru a asigura noi locuri de muncă și oportunități pentru angajați, rămânem ferm implicați în activitatea de cercetare, singura în măsură să asigure profitabilitate.

Angajament social
Aceleași standarde etice și sociale trebuie respectate atât în afaceri cât și în abordarea științelor medicale, în eforturile noastre de protecție a mediului ca și în participarea noastră în viața comunității. Este obligatorie respectarea legilor locale, naționale și internaționale cooperând cu autoritățile și comunicând activ cu publicul. Recunoaștem astfel necesitatea de a stabili o comunicare strânsă cu toți partenerii noștri de dialog, verificând și luând în considerare opiniile lor.

Protecția mediului
Compania este preocupată de folosirea celor mai noi tehnologii și procese menite să minimizeze impactul asupra mediului înconjurător; aceasta este o parte integrantă a angajamentului nostru față de societate.



Angajament în inovație
Inovația, parte integrantă a tradiției și culturii noastre, este și cheia succesului Roche. Activi în domeniul tehnologiilor de vârf trebuie să fim pregătiți să recunoaștem noile tendințe încă din primele faze de manifestare a lor și să fim deschiși noilor idei, chiar dacă sunt neconvenționale; schimbarea este pentru noi o oportunitate.

Dezvoltare continuă
Ne vom raporta în permanență la standardele și cele mai bune practici ale industriei și competitorilor noștri, vom continua să dezvoltăm procese și directive care să ne permită să implementăm fiecare dintre principiile noastre.

În Roche țelul nostru este de a descoperi, dezvolta, produce și comercializa medicamente și servicii care se adresează prevenirii, diagnosticului și tratamentului diferitelor boli cu scopul de a îmbunătăți semnificativ calitatea vieții pacienților.

Scanned with OKEN Scanner

ETICA ÎN AFACERI

Principiile de conduită în afaceri sunt reglementate în Roche de un cod de etică profesională. Toți angajații au la dispoziție un program computerizat, ROCLID (Roche Competition Law Interactive Dialogue) prin intermediul căruia iau cunoștință și își verifică periodic normele care reglementează relațiile de afaceri.

Este un program interactiv privind comportamentul corect față de competiție și respectarea integrității în business, angajații având posibilitatea să-și adreseze întrebări cu privire la aceste teme. De asemenea există o secțiune de bibliografie care poate fi consultată de cei care doresc mai multe informații.

Așa cum arată Urs Jasli, unul dintre designerii programului, „...o companie care nu respectă legile și reglementările în vigoare în întreaga lume își pune în pericol reputația".

ETICA ÎN RELAȚIILE CU AUTORITĂȚILE

Relațiile cu autoritățile locale din domeniul sănătății se desfășoară în cel puțin trei domenii:

- înregistrarea produselor medicamentoase - așa numita „drug regulatory affaires";
- studii clinice desfășurate local;
- raportarea reacțiilor adverse – „safety".

Înregistrarea produselor medicamentoase respectă reglementările locale și internaționale (EMEA, FDA) în acest domeniu. Un departament special în cadrul companiei coordonează comunicarea și activitățile desfășurate în colaborare cu Agenția Națională a Medicamentului - ANM - și comisiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății.

În aria studiilor clinice acestea se înregistrează, derulează și controlează respectând, de asemenea, reglementările locale și internaționale: Declarația drepturilor omului – Drepturile Pacientului (Helsinki), ICH GCP (Good Clincal Practice – reguli de bună practică în domeniul studiilor clinice).

Roche a elaborat în februarie 2004 un document în care își exprimă propria poziție față de studiile clinice desfășurate pe subiecți umani, consecință a preocupării sale pentru respectarea drepturilor pacienților și desfășurarea unor studii clinice bine definite, controlate și atent monitorizate.

Raportarea reacțiilor adverse spontane sau în cadrul studiilor în derulare în România face obiectul activitățiide „safety", conform normelor în vigoare pentru activitatea de farmacovigilență (actualizate în mai 2005). Standardizarea și alinierea la aceste norme se face prin proceduri interne stricte de raportare a reacțiilor adverse cuprinzând responsabilitățile tuturor celor implicați, de la reprezentanții medicali până la echipa departamentului medical.

ETICA ÎN PROMOVARE

Respectarea unor norme de conduită în domeniul promovării medicamentelor este probabil aria cea mai vizibilă în care compania își manifestă responsabilitatea și integritatea.

Reprezentanții medicali, aflați în prima linie de comunicare și contact cu personalul medical, sunt instruiți, în cadrul sesiunilor periodice de training, atât cu privire la produs și aria terapeutică corespunzătoare cât și asupra modului în care trebuie să se comporte în relațiile cu competiția. Astfel, reprezentantul Roche are obligația de a nu dezvolta nici o discuție cu privire la competiție, cu excepția datelor oficiale rezultate din studii sau evaluări menite să sublinieze locul produselor Roche în comparație cu alte opțiuni terapeutice.

Materialele promoționale elaborate local se vor conforma întotdeauna reglementărilor privind publicitatea pentru produsele medicamentoase de uz uman, confor legii 336/2002 și a ordonanței nr.152/1999.

Promovarea îmbracă adesea forma educației medicale continue și accesului la informația medicală asigurată de companie prin manifestările științifice locale și internaționale pe care le organizează. Prin asigurarea de abonamente la publicații de specialitate sau oferirea de cărți și manuale în cadrul unor granturi educaționale.

ÎN LOC DE CONCLUZII...

Succesul pe termen lung al unei companii farmaceutice depinde în egală măsură de strategia de dezvoltare de produse farmaceutice care să adreseze nevoi reale și urgente medicale dar și de modul în care aceasta înțelege să-și respecte angajamentele față de societate.

Roche România susține conceptul de parteneriat, prin care toate segmentele implicate în domeniul sănătății – autorități, mass media, companii farmaceutice – trebuie să-și aducă contribuția, conform propriei experiențe și abilități în domeniul de activitate, la găsirea unor soluții realiste pentru rezolvarea problemelor din sistem.

Roche poate contribui, în cadrul acestor parteneriate, cu experiența sa în materie de management, elaborare de strategii, propunerea de planuri concrete de acțiune, urmărirea rezultatelor lor, evaluarea tendințelor și a oportunităților în domeniul sănătății.

Toate acestea vin să întărească responsabilitatea pe care Roche și-o asumă față de nevoia fundamentală a individului și societății de îmbunătățire a sănătății și calității vieții.

Scanned with OKEN Scanner

CE CREDE PERSONALUL MEDICAL DESPRE

CORUPȚIA DIN SĂNĂTATE

www.nudaspaga.ro

În cursul derulării Campaniei *„Nu Da Șpagă"*, Fundația Concept și Transparency International – România au organizat o întâlnire cu profesioniști din domeniul sănătății. Rolul acesteia a fost acela de a discuta oportunitatea campaniei dar și mesajele critice primite la adresa campaniei de profesioniștii din sănătate.

... SUPĂRĂ

Organizatorii și participanții, a căror identitate a rămas confidențială, au împărtășit premisele discuției, anume că în sistemul de sănătate corupția este gravă pentru că:

- împiedică accesul egal la serviciile publice de sănătate de calitate,
- generează sau agravează lipsuri de medicamente și echipamente/dotări medicale,
- privează sistemul de sănătate de investiții în servicii medicale necesare, construcții de clinici, achiziții de medicamente,
- erodează încrederea publicului în profesiunea medicală.

... SE DATOREAZĂ SISTEMULUI

Participanții au identificat salarizarea proastă a personalului medical drept cea mai directă cauză a corupției în sănătate. Nivelul scăzut de salarizare încurajează nu numai actele de mică corupție, ci și alte situații care perpetuează conflicte de interese între profesioniști/medici și companii farmaceutice. Reprezentanții companiilor farmaceutice cumpără atenția și preferințele medicilor față de anumite medicamente sau tehnologii prin plata participării la congrese, a deplasărilor în străinatate sau prin plăți directe, la limita legalității.

În al doilea rând, calitatea și (ne)aplicarea reglementărilor sistemului de sănătate produc corupție. Participanții au exprimat opinii conform cărora decidenții în materie de reformă în sănătate au ignorat constant recomandările unor foruri profesionale, în ceea ce privește:

- regimul și cantitatea medicamentelor compensate – ceea ce cauzează dificultățile de a oferi asiguraților constant medicamente compensate,
- oportunitatea de a înființa CNAS, duplicarea competențelor CNAS cu alte organisme similare – ceea ce duce la suprapunerea unor roluri și competențe în detrimentul eficacității sistemului de sănătate în ansamblu,
- oportunitatea de a înființa, acredita instituții de învățământ superior și specializări în domeniul sănătății – ceea ce a dus la o piață de muncă cu absolvenți a căror pregătire profesională nu este de calitate.

În fine, dacă nu corupție, cu siguranță arbitrariu și opacitate caracterizează managementul sistemului de sănănate, mai ales în ceea ce privește mecanismele de finanțare, colectare, alocare, cheltuire a banilor din acest sistem. Participanții au subliniat că alocarea banilor către diferitele componente ale sistemului nu ține cont neapărat de performanța serviciului medical. În plus, instituțiile sanitare nu au suficientă autonomie bugetară iar profesioniștii nu au o responsabilitate directă asupra cheltuielilor din sistem (spre deosebire de sistemul privat, unde orice cheltuială este la îndemâna deciziei profesionistului).

De asemenea, corupția din sistem este întreținută de o alocare a fondurilor care nu corespunde adevăratelor nevoi din sistem.

... AFECTEAZĂ ACHIZIȚIILE ȘI DISTRIBUȚIA DE PRODUSE FARMACEUTICE ȘI MEDICALE

Ierarhia problemelor de corupție în sănătate, așa cum a rezultat din discuții, a luat în calcul:

- achiziția și distribuția de medicamente și alte produse necesare sistemului,
- conflictele de interese între expertiza medicală și industria farmaceutică,
- plăți informale – a) plăți către furnizori de servicii de sănătate, individuali sau instituționali, în natură sau în bani, care au loc în afara modalităților de plată oficiale (sunt neînregistrate) și b) cumpărături de medicamente sau dotări care ar trebui să fie acoperite de sistemul de sănătate,
- fraudă.

... NU ORICE FORMĂ DE „ȘPAGĂ" ESTE CORUPȚIE

Pentru personalul medical cea mai sensibilă problemă de corupție este cea a plăților informale, abordate de campania **Nu Da Șpagă**. Participanții au scos în evidență condiționarea acestor plăți de salarizarea inadecvată a personalului medical și de blocajele sistemului medical (participanții s-au referit la crizele de furnizare a medicamentelor către spitale și clinici din cursul primăverii 2003).

Plățile informale au fost întotdeauna percepute de participanți ca fiind corupte numai atunci când personalul medical condiționează actul medical de obținerea lor etc; nu sunt percepute ca fiind corupte atunci când personalul medical nu condiționează actul medical. Acestea din urmă sunt interpretate fie ca mecanisme de reglare a costului unor servicii medicale subevaluate în siste-

Scanned with OKEN Scanner

mul public în funcție de percepția pacienților/ asiguraților asupra cererii-ofertei, fie ca exprimare a recunoștin-tei/gratitudinii.
Unii participanți au considerat necesară distincția între plățile informale neco-rupte, din gratitudine sau din rațiuni de compensare a salarizării proaste a unui serviciu valoros, de cele corupte, care includ pe cele condiționate.

... EXISTĂ ZONE UNDE NU E NEVOIE DE „ȘPAGĂ"

Participanții au arătat că în instituții private astfel de plăți nu sunt frecvente și că în sectorul public există, în mod excepțional, sub-sisteme unde plățile informale de orice fel nu sunt acceptate (exemplul SMURD). În astfel de cazuri, salarizarea personalului medical este aceeași însa funcționează modalități alternative de stimulare prin oportunități de dezvoltare profesională (cursuri în străinătate), capital social (recunoaș-tere, prestigiul secției în care lucrează etc.), presiunea echipei (acceptarea de plăți informale este respinsă de toți medicii).

... VINA APARȚINE, ÎN PRIMUL RÂND, STATULUI

Grupul a semnalat „marea coruptie" ca fiind importantă în sănătate, de unde deducem că statului îi revine în primul rând responsabilitatea față de pro-blema corupției. Mai mult, câțiva participanți au opinat că politicile de reformă a sistemului public de sănă-nate nu numai că sunt nesistematice și incoerente, dar și că ar fi fost definite de așa manieră încât să servească sau să menajeze grupuri de interese puternice în domeniu.
Un aspect particular asupra căruia reprezentanții personalului medical au atras atenția este lipsa de preocupare a asiguraților de a alimenta sistemul asigurărilor de sănătate cu resurse și lipsa unui mecanism de control sau de urmărire a fondurilor alocate sistemului de sănătate. De asemenea, lipsesc sti-mulente de reponsabilizare a anga-jatorilor de a plăti asigurările de sănătate.

... VICTIMELE MICII CORUPȚII DIN SĂNĂTATE SUNT

oamenii săraci.

... CEI CARE PERPETUEAZĂ MICA CORUPȚIE SUNT

medicii tineri, care sunt pe de o parte prost plătiți, iar pe de altă parte au modele de "succes" în rândul medicilor specialiști. Ca exemplu s-a dat situația în care un tânar medic trece în revistă parcul auto al unui spital și anticipează care ar putea fi sursa de venituri suplimentare ale colegilor săi mai în vârstă. De asemenea, investiția tână-rului medic (timpul alocat studiilor, programul încărcat în perioada stagiilor și rezidențiatului) justifică apoi o "recu-perare" a investiției.

UNOPA

Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA) este singura federație neguvernamentală din România formată din organizații ale persoanelor afectate de HIV/SIDA, axată pe advocacy pentru promovarea și apărarea drepturilor persoanelor infectate.

Din iunie 2000 și până în prezent, UNOPA a apărat și promovat drepturile a mii de copii, tineri și adulți infectați HIV sau bolnavi SIDA, precum și drepturile familiilor lor:
- acces la tratament antiretroviral continuu, gratuit și nediscriminatoriu;
- acces egal la servicii și îngrijiri medicale;
- dreptul la o protecție socială adecvată nevoilor persoanelor infectate/afectate de HIV/SIDA și la un suport psiho-social adecvat;
- dreptul la nediscriminare și incluziune socială;
- dreptul la educație și integrare socio-profesională.

UNOPA este o voce la nivel național pentru:
- persoanele infectate HIV sau bolnave SIDA (copii, tineri, adulți) din România;
- familiile afectate de HIV/SIDA din România;
- organizațiile comunitare membre (în prezent 23) din București și din 15 județe din România și care numără peste 1200 de beneficiari, persoane infectate HIV sau bolnave SIDA.

UNOPA este o voce la nivel național prin:
- activitatea de promotor și vicepreședinte în "Comisia Națională pentru Supravegherea, Controlul și Prevenirea Cazurilor de Infecție HIV";
- organizarea de conferințe, seminarii și reuniuni de lucru;
- organizarea/participarea la campanii publice, proteste, scrisori deschise, apeluri la solidaritate, manifeste, comunicate și conferințe de presă;
- organizarea de expoziții, spectacole și evenimente specifice;
- publicații;
- reprezentare în instanță
- advocacy/lobby pentru:
  - promovarea și respectarea drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA;
  - influențarea politicilor publice din România în sensul adaptării lor la nevoile persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în România;
  - servicii publice, medicale și sociale de calitate.

Scanned with OKEN Scanner

Românii, mai sănătoși?

Un studiu realizat recent de Institutul de Sănătate Publică a arătat că, în 2004, numărul cazurilor de îmbolnăviri profesionale s-a înjumătățit față de anul precedent. Principala explicație a specialiștilor în medicina muncii este închiderea minelor care a micșorat semnificativ numărul îmbolnăvirilor de silicoză.

Potrivit studiului, în 2004 s-au înregistrat 769 de cazuri noi de îmbolnăviri profesionale, comparativ cu 1376 în 2003. Câteva exemple: silicoza - 156 de cazuri în 2004, față de 428 în 2003, intoxicațiile - 138 în 2004, față de 259 în 2003, astmul bronșic profesional - 84 de cazuri în 2004, față de 108 în 2003.

Alte boli profesionale frecvent întâlnite sunt cele infecțioase (32 de cazuri în 2004), cele determinate de suprasolicitare (27 de cazuri), boli de piele (23 de cazuri). Domeniile cele mai afectate de îmbolnăvirile profesionale sunt construcțiile de mașini - 184, industria metalurgică - 154 și cea extractivă - 105. Cei mai afectați de bolile profesionale sunt bărbații - 77,4%.

Dr. Adriana Todea, șeful Secției Medicina Muncii din cadrul Institutului de Sănătate Publică este de părere că bolile profesionale tradiționale sunt provocate de tehnologiile vechi.

Pe județe, cele mai multe îmbolnăviri s-au înregistrat în Sibiu - 109 cazuri, Brașov - 67, Cluj - 58, Suceava - 47, Harghita - 41, București - 41.

„Variațiile mari de îmbolnăviri profesionale se explică atât prin diferențele de industrializare dintre județe, cât și prin numărul insuficient de medici cu pregătire în medicina muncii. În Giurgiu, de pildă, nu există nici un medic de medicina muncii", a continuat dr.Todea.

Tot anul trecut a fost înregistrat un deces în Buzău, din cauza unui cancer profesional determinat de expunerea la formaldehidă, la un autopsier de 36 de ani, care lucrase în domeniu 11 ani.

Din datele referitoare la starea angajaților existente la nivelul Europei, principalele condiții nocive de muncă sunt caracterizate prin solicitarea osteo-musculară-articulară, prin efort fizic intens, stres la locul de muncă, o creștere îngrijorătoare a numărului de accidente de muncă.

„Renașterea sistemului sanitar"

Dr. Mircea Olteanu, medic primar, doctor în științe medicale și prim-vicepreședinte al Asociației Spitalelor a coordonat o lucrare de referință: **Renașterea sistemului sanitar printr-o reformă bazată pe dovezi: un sistem de sănătate pentru România secolului 21**. Volumul reprezintă o sinteză a experienței dobândite de-a lungul anilor prin participările la numeroase conferințe și reuniuni internaționale consacrate temelor prezentate și este structurat în patru capitole: „Reforma sanitară bazată pe dovezi", „Inovații în furnizarea serviciilor de sănătate. Corporatizarea spitalelor publice", „Uniunea Europeană și sănătatea", „Acreditarea spitalelor".

În prefața volumului, doctorul **Mircea Olteanu** își motivează astfel demersul: *„Nu se mai poate da vina pentru criza din sistem pe nivelul operațional (directori de spitale, medici etc.) ci trebuie clar evidențiată răspunderea primordială a guvernării sistemului. Prima versiune a acestui volum a fost intitulată "Renașterea spitalelor printr-o reformă bazată pe dovezi" și a fost prezentată participanților la Conferința Națională a Asociației Spitalelor din România din 27 mai 2004, care a adoptat modificarea statutului ASR pentru a-l pune în concordanță cu noile principii de guvernare a spitalelor care vor facilita creșterea performanțelor acestora. Actuala versiune poartă alt titlu deoarece, deși reforma spitalului rămâne o prioritate națională, măsurile prezentate implică întregul sistem sanitar din România."*

Caravana educației medicale în domeniul anesteziei

Turneul național de educație prin simulare "Mobile Anaesthesia Simulation Center" (MASC) și programul de medicație continuă "Anestezia fără riscuri" au fost inițiate de compania farmaceutică Abbott Laboratorys și s-a desfășurat în patru dintre cele mai importante centre universitare din România: București, Târgu-Mureș, Cluj-Napoca și Timișoara. Potrivit prof.dr. **Dan Tulbure, președintele Societății Române de Anestezie și Terapie**

Scanned with OKEN Scanner

Intensivă, *„educația prin simulare în anestezie este deosebit de importantă datorită nevoii medicilor specialiști de a diagnostica și de a lua decizii terapeutice rapide, reflectate imediat în siguranța pacientului. Riscurile legate de procedurile de anestezie pot fi semnificativ reduse datorită intervențiilor în timp util pentru situațiile critice."* Prof. dr. Dan Tulbure a subliniat că, în prezent, *„există diferențe mari între departamentele de anestezie – terapie intensivă (ATI) din țară, astfel că, doar 30% din aparatura existentă în secțiile ATI este adecvată condițiilor tehnice moderne care asigură securitatea bolnavului."*
La rândul său, dr. Ioan Buraga, director în Ministerul Sănătății, a anunțat inițierea unui program de achiziții pentru programele de anestezie-terapie intensivă ale Ministerului Sănătății. Pentru acest program de achiziție se va apela la credite externe, în acest sens urmând să se facă o evaluare a situației din țară.
Până să ajungă în România, unitatea mobilă MASC a trecut prin 23 de orașe din Polonia, Lituania, Letonia, Estonia, Cehia, Austria și Slovacia. De acest program au beneficiat 80 de medici români.

Soluții integrate pentru sectorul medical-farmaceutic

La cea de-a patra ediție a "Salonului Național de Software și Servicii" (Soft21.ro), găzduită de JW Marriott Bucharest Grand Hotel s-au analizat necesitatea și beneficiile adoptării unei soluții software integrate în sectorul medical. Invitați: Dan Ursuleanu, director al Centrului de Calcul al Ministerului Sănătății, dr. Mircea Olteanu, prim-vicepreședinte al Asociației Spitalelor din România, Dr. Dan Farcaș, vicepreședinte al Societății Române de Informatică Medicală, Alexandru Folescu, consilier al Ministrului Integrării Europene. Oferta de servicii IT în sistemul de sănătate a fost prezentată de Siveco, Scala Business Solutions, Total Soft, Infoworld, Simens Business Services, Softwin.

Evoluția conceptelor bioetice

Știm cu toții. La început a fost Cuvântul. Iar cuvintele de început ale cărții **"Bioetica – Cazuri celebre"** sunt acestea:
"Într-o lume aflată în mutație permanentă este dificil a percepe sensurile și direcțiile în care aceasta se îndreaptă. Un lucru este cert și anume că nimic nu o influențează mai mult decât evoluția cunoașterii umane. Dar știința este călăuzită doar de utilitate și eficiență și de aceea istoria evoluției societății umane a dovedit că ea dă naștere și la conflicte de conștiință. La provocările științei, ce se plasează de regulă nu numai în afara regulilor morale dar frecvent și a normelor sociale și juridice, trebuia găsit un răspuns. Răspunsul a fost apariția Bioeticii."
Termenul ca atare a fost introdus în literatura de specialitate de medicul american Van Renassalaer Potter, în lucrarea „Bioetichs: Bridge to the Future", publicată în 1971.
Prezentarea unor cazuri celebre - Cobbs vs. Grant, Tarasoff vs. Regents of University of California, Louise Brown, Adriana Iliescu, Elizabeth Bouvia, Nancy Cruzan, Terri Schiavo, Karen Quinlan, JacK Kevorkian, Patrick Kneen – le permite autorilor să analizeze subiecte îndelung dezbătute și încă controversate cum ar fi reproducerea umană asistată medical, drepturile embrionului și fătului, testarea și screeningul genetic ante și neonatal, dreptul de a muri al unei persoane competente, dreptul de a muri al pacienților incompetenți, deciziile privind întreruperea tratamentului medical la copii, suicidul asistat medical, eutanasia.
Cititorii sunt anunțați, cu maximă onestitate că, în încercarea de a urmări evoluția conceptelor bioetice prin intermediul acestor cazuri, autorii înșiși nu au reușit să ajungă de fiecare dată la un consens. O mărturisire incitantă care ne determină, medici și pacienți deopotrivă, să studiem această carte în căutarea propriului verdict. Dar, înainte de a ne pronunța, ar trebui să parcurgem legislația ce ne-a fost pusă la dispoziție într-o anexă a volumului și să ținem seama de avertismentul autorilor:
"Demersul bioeticii este puternic influențat de specificul cultural al fiecărei comunități, de cutumele și miturile acesteia, de psihologia de grup, de conduita și morala acceptate de acesta."

Bioetica – Cazuri celebre
Autori: Beatrice Ioan - medic primar legist, doctor în științe medicale, master în bioetică, șef de lucrări la U.M.F "Gr. T. Popa" – Iași.
Cristina Gavrilovici – medic specialist pediatrie, master în bioetică, șef de lucrări la UMF "Gr. T. Popa" – Iași.
Vasile Astărăstoae – medic primar legist, doctor în științe medicale, profesor universitar la U.M.F "Gr. T. Popa" – Iași (Medicina Legală și Bioetica).
© Editura Junimea
Tel/fax 0232 – 410 427
junimeais@yahoo.com

Scanned with OKEN Scanner

Seringi sterile pentru consumatorii de droguri injectabile

Romanian Harm Reduction Network (RHRN) este un proiect comun, derulat de nouă organizații neguvernamentale, care și-a propus să contribuie la reducerea comportamentelor cu risc, asociate consumului de droguri injectabile. Una dintre activitățile cuprinse în proiect constă în efectuarea unei cercetări de impact, în scopul prevenirii infecției cu HIV și a epidemiei de hepatită C în rândul consumatorilor de droguri injectabile. Concluziile cercetării RHRN evidențiază faptul că sănătatea consumatorilor de droguri injectabile din România este pusă de două ori în pericol: în primul rând, pentru că stupefiantele au efecte devastatoare asupra organismului și, în al doilea rând, ca urmare a folosirii în comun a seringilor, situație de risc în contactarea HIV/SIDA. Aproape jumătate dintre persoanele cuprinse în cercetare au declarat că principalul motiv pentru care folosesc un ac nesteril ține de neputința de a-și procura echipamentul steril.
Farmaciștii refuză să vândă seringi de insulină solicitanților care nu prezintă o rețetă pentru diabet, tocmai pentru a nu fi asociați cu promovarea consumului de droguri.
Inițiatorii proiectului sunt de părere că farmaciștii trebuie instruiți în legătură cu necesitatea ca seringile și acele sterile să fie ușor accesibile și, de asemenea, cu alte aspecte ale prevenirii infecției cu HIV. În acest sens, s-au elaborat câteva strategii novatoare care vizează îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la astfel de echipamente: structuri alternative care să vândă seringi, găsirea unui logo specific pentru farmaciile/noile structuri de vânzare a seringilor, folosirea rețelei actuale pentru schimbarea de seringi.
În prezent, consumatorii de droguri injectabile își pot procura seringi sterile de la **Institutul de Boli Infecțioase "Matei Balș"**.
Ar mai fi de menționat că a fost identificată apariția unui nou model de consum, cu drog gata preparat de dealeri (într-o seringă nesterilă) care va determina o creștere dramatică a riscului HIV/SIDA la consumatorii de droguri injectabile.

Centru de chirurgie oftalmologică, bancă și transplant de cornee

La Oradea va funcționa, începând cu anul viitor, un centru de chirurgie oftalmologică, ca urmare a colaborării dintre **Helping Right Hand Foundation din Budapesta**, Universitatea din Debrecen și un centru de cercetare ungar.
Centrul de bancă și transplant de cornee va funcționa în clădirea actualului "Spital de Boli Infecțioase", iar cheltuielile de renovare și dotare cu aparatură vor fi suportate de fundația ungară și se vor ridica la aproximativ un milion de euro.
Potrivit doctorului **Ritli Ladislau**, directorul **Direcției de Sănătate Publică Bihor**, în România ar fi necesară înființarea a încă zece centre de transplant.
Legislația română a suferit de curând modificări privind transplantul de țesuturi și organe, dar metodologia de aplicare a actului normativ nu a fost încă armonizată cu legea.

Test pentru determinarea sexului fetal

În SUA a fost lansat, cu o lună în urmă, un test care permite determinarea sexului fetal încă din primele cinci săptămâni ale sarcinii. Testul constă în depistarea cromozomului Y în sângele mamei și costă 25 de dolari. Rezultatul se poate obține în 2-3 zile, dar nu este 100% sigur. Medicii sunt îngrijorați că acest test va duce la creșterea numărului de avorturi sex-selective, mai ales în cadrul culturilor care favorizează bărbații.

Doxiciclina în tratamentul osteoartritei

O echipă de reumatologi americani a efectuat primul studiu pe termen lung pentru a determina efectul doxiciclinei în studiul osteoartritei, în special a celei localizate la nivelul genunchiului. Rezultatele sugerează că doxiciclina încetinește progresia distrugerii cartilajului.
În studiu au fost incluse 431 de femei cu vârste cuprinse între 45 și 64 de ani diagnosticate cu osteoartrită la nivelul unei singure articulații a genunchiului. O parte a pacientelor a primit doxiciclină în doză de 100 mg, timp de 30 de zile, cealaltă parte constituind grupul martor. Împărțirea în cele două grupuri a ținut cont de indicele de masă corporală, tipurile de analgezice utilizate, severitatea afectării articulare evidențiată radiologic. Efectul doxiciclinei a fost monitorizat prin măsurarea spațiului articular în apropierea compartimentului medial tibio-femural la 16 și 30 de luni de la tratament.
Numai 71% dintre participante au încheiat tratamentul complet de 30 de zile. În cazul acestora s-a constatat, după 16 luni, o reducere cu 40% a cantității de cartilaj distrusă. După 30 de luni de la tratament, procentul a fost de 30%.

Scanned with OKEN Scanner

Scrisoare către medici, Scrisoare către pacienți

Ați remarcat, desigur, că «Medica» nu este o revistă de specialitate ci un oficios al Colegiului Medicilor din România. Se adresează medicilor dar, la fel de bine, ea poate fi citită și de pacienți.

Îmbunătățirea relației medic - pacient reprezintă, de altfel, obiectivul final al unui program de comunicare inițiat de Consiliul Național al Colegiului Medicilor din România.

Apariția revistei «Medica» este inclusă în acest proiect.

Știm cu toții că, în spatele sintagmei "relația medic – pacient" pot fi deslușite sensuri și interdependențe multiple. Noi ne propunem să ținem seama de fiecare dintre ele și să vorbim despre fiecare în parte.

Primul număr al revistei «Medica», tipărit în 20 000 de exemplare, a fost expediat către toți atâția medici. Și asta pentru că banca noastră de date nu s-a dovedit mai generoasă. Nu deținem, din păcate, adresele de domiciliu ale tuturor membrilor noștri.

Dacă acest prim număr al publicației noastre nu v-a parvenit personal, la următoarea apariție a revistei, greșeala va fi îndreptată.

Scrieți-ne.

Vreau să mai spun că, pentru noi, părerea dumneavoastră contează. Demersul nostru nu are sorți de izbândă dacă nu obținem colaborarea dumneavoastră. Împărtășiți-ne gândurile, speranțele și credințele dumneavoastră.

Scrieți-ne.

M-am adresat până acum colegilor medici. Aș vrea să le lansez aceeași invitație și celor care sunt pacienți, celor care constituie societatea civilă. Dacă privirile vi se opresc asupra revistei noastre, dacă sunteți de părere că opiniile și experiențele dumneavoastră pot fi de folos pentru continuarea și ducerea la bun sfârșit a programului nostru, alăturați-vă acestui proiect.

Scrieți-ne.

Cu stimă,
Prof. univ. Liviu Cocora
Președinte CMR

Colegiul Medicilor din România
Bd. Timișoara nr. 15
sector 6
București 061303
Telefoane:
021-413 88 00
021- 413 88 03
Fax:
021-413 77 50
e-mail:
office@cmr.ro
imagine@cmr.ro

www.cmr.ro

Calea Victoriei nr. 118
sector 1
București 010093
Telefon/Fax:
021- 316 91 92
e-mail:
office@directa.ro

www.directa.ro

MEDICA
revista colegiului medicilor din românia

Editor general: Prof. univ. Vasile Astărăstoae
Editor coordonator: Directa comunicare & marketing – Alexandru Lăzescu/ Răzvan Avram/ Laura Ganea
Colaboratori: Conf. Univ. Dr. Cristian Curcă, Luminița Vâlcea (Banii noștri), Carol Sebastian (Radio Mix), Radu Mateescu (Fundația Concept), Dr. Irina Berechet (Roche România), Diana Illisch (Unopa)
Fotografii: Romeo Mocanu, Mircea Păun

Scanned with OKEN Scanner

revista 22

• politică • economie
• societate • cultură • sport

Editor: Grupul pentru Dialog Social

Abonamente începând cu 19 lei/3 luni

Vara cu 22 !

pentru orice tip de abonament în ţară,

în perioada 01.07.2005-31.08.2005!

Reducere de 22%

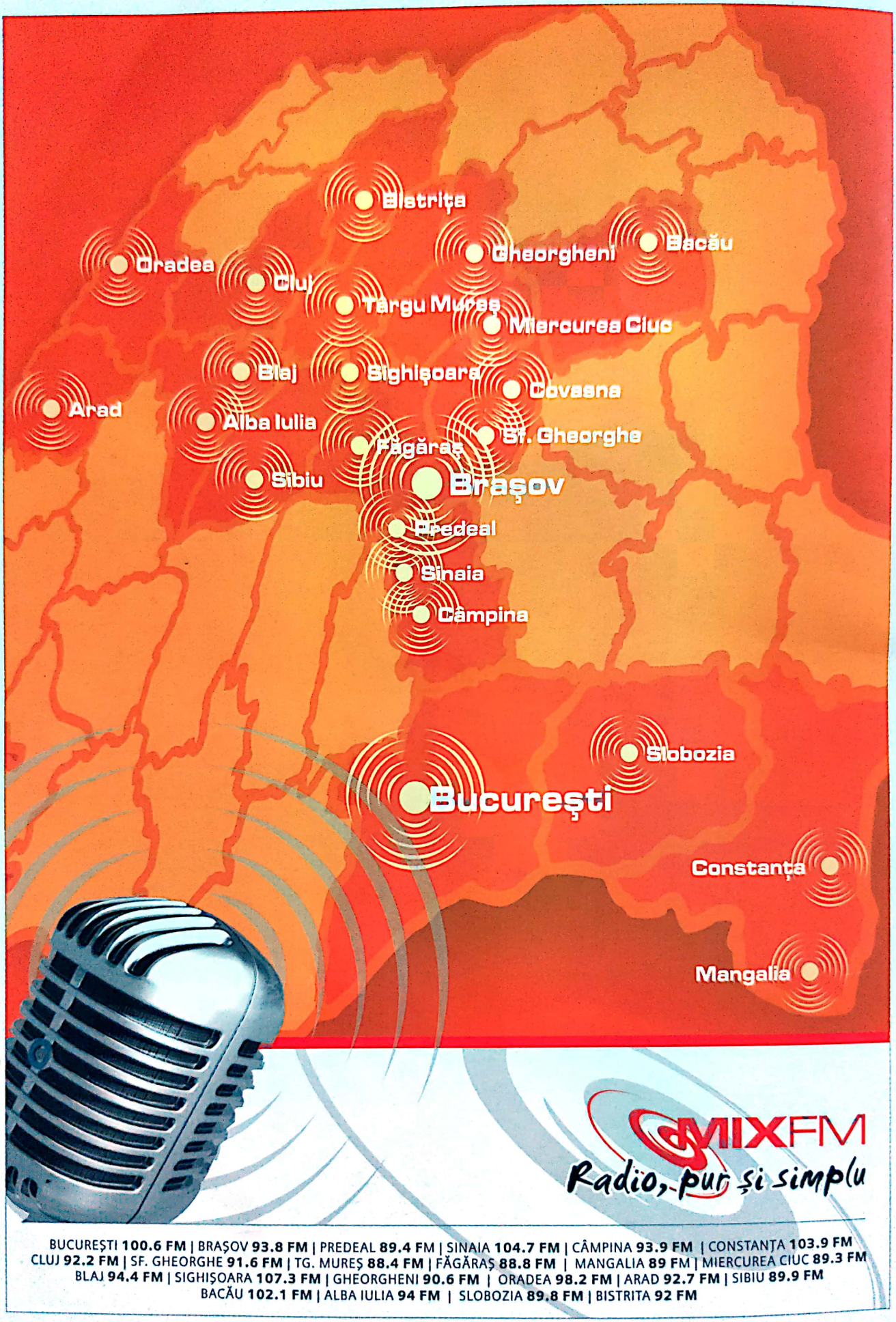
(rotunjirea se va face în favoarea abonatului)

NE-AM REDUS

22

Relaţii la tel: 021/314.17.76; 021/311.22.08

e-mail: r22@ong.ro



BUCUREȘTI **100.6 FM** | BRAȘOV **93.8 FM** | PREDEAL **89.4 FM** | SINAIA **104.7 FM** | CÂMPINA **93.9 FM** | CONSTANȚA **103.9 FM**
CLUJ **92.2 FM** | SF. GHEORGHE **91.6 FM** | TG. MUREȘ **88.4 FM** | FĂGĂRAȘ **88.8 FM** | MANGALIA **89 FM** | MIERCUREA CIUC **89.3 FM**
BLAJ **94.4 FM** | SIGHIȘOARA **107.3 FM** | GHEORGHENI **90.6 FM** | ORADEA **98.2 FM** | ARAD **92.7 FM** | SIBIU **89.9 FM**
BACĂU **102.1 FM** | ALBA IULIA **94 FM** | SLOBOZIA **89.8 FM** | BISTRITA **92 FM**

Scanned with OKEN Scanner